



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# A GESTÃO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Liliana Andreia Gomes Marinho

Escola Superior de Saúde  
2013



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Liliana Andreia Gomes Marinho

# A GESTÃO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Nome do Curso de Mestrado  
Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Aurora Pereira (orientadora)

Maio de 2013

Em memória do meu pai

## AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação resultou de um esforço pessoal, contudo só foi possível graças aos apoios e incentivos de várias pessoas, que nela participaram diretamente ou indiretamente, o que aproveito para agradecer a disponibilidade e a compreensão.

À Professora Doutora Aurora Pereira pela partilha de saberes, pela disponibilidade, pelo profissionalismo, pela motivação e sugestões que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os professores do curso por todos os conhecimentos transmitidos que me fizeram crescer.

Aos enfermeiros, que colaboraram prontamente no meu estudo e pela sua simpatia e disponibilidade.

Ao Enfermeiro Chefe Alexandre pelo acolhimento, bem como me ter dado a oportunidade de realizar o meu estudo na sua unidade de cuidados paliativos.

Agradeço à minha mãe e ao meu namorado pela paciência, pelo carinho e compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

Para todas as pessoas que me ajudaram e que não mencionei, um desde já muito obrigado por me ajudarem a concluir mais uma etapa importante para mim.

A todos vós, o meu **Muito Obrigado!**

“Minha dor é velha  
Como um frasco de essência cheia de pó.  
Minha dor é inútil  
Como uma gaiola numa terra onde não há  
aves,  
E minha dor é silenciosa e triste  
Como a parte da praia onde o mar não  
chega...”

*Álvaro de Campos in “Acordar”*



## RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. Nem sempre é possível aos profissionais de saúde eliminarem a dor, contudo os enfermeiros pelo contato frequente que têm com os doentes, podem implementar ações para o seu controlo e gestão. Sendo a dor o sintoma mais comum no doente paliativo, torna-se pertinente estudar a perspetiva dos enfermeiros em relação à gestão da dor em cuidados paliativos.

Este estudo tem como objetivo geral compreender os saberes e as práticas dos enfermeiros na gestão da dor em cuidados paliativos, contribuindo de forma positiva para uma melhoria dos cuidados de enfermagem.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, sendo que os dados foram obtidos através da entrevista semiestruturada junto dos enfermeiros que exercem funções numa unidade de cuidados paliativos.

Da análise dos dados através da análise de conteúdo Laurence Bardin, surgiram cinco áreas temáticas: conceito de dor; intervenções dos enfermeiros na gestão da dor; fatores facilitadores na intervenção dos enfermeiros; fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros e conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor.

Os resultados obtidos revelam que os profissionais de saúde sentem dificuldades em conceitualizar a dor, mas também que é uma área que merece a sua atenção, focando um conjunto de intervenções que utilizam na sua gestão e no seu controlo no qual se deparam com fatores facilitadores e dificultadores. Foi ainda visível que os enfermeiros possuem conhecimentos necessários para intervir na gestão da dor, contudo existe a necessidade de mais formação. Estes resultados sugerem que é importante um maior investimento na formação nesta área tornando-se vital para o controlo e alívio da dor de forma a promover a qualidade de vida dos que dela padecem.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos, Dor, Enfermeiros, Saberes e Práticas

Maio 2013

## ABSTRACT

Pain is one of the main causes of human suffering, compromising people's quality of life, messing with their physical and psychosocial welfare. Not always the health care professionals can eliminate pain, however because of their frequent contact with the patients, nurses can implement actions to control and manage pain. Being pain the most common symptom in the palliative patient, it becomes relevant studying nurses perspectives about pain management in palliative care.

This study has as main objective understand nurses knowledge and practices while managing pain in palliative care, contributing positively to the improvement of nursing care.

It's a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, where the data was obtained by a semistructured interview with nurses who work in a palliative care unit.

Through the data analysis using Laurence Bardin content analysis method emerged five thematic areas: pain concept, nurses intervention in pain management, facilitators factor in nurses interventions, hindering factors in nurses interventions e nurses knowledge in pain management.

The obtained results reveal that health care professionals have difficulty in conceptualize pain, but also that this an area that deserves their attetion, focusing on a set of interventions used in pain management and control where they encounter facilitating and hindering factors. It was also visible that despite that nurses have the necessary knowledge to manage pain, there is a need of more formation. These results suggest that there is a need of a bigger investment in this area, making it vital for the control and pain relief in order to promote the quality of life of those who suffer more from the lack of it

**Keywords:** Palliative Cares, Pain, Nurses, Knowledge and Practices



## ÍNDICE

	Pág.
Introdução	12
Capítulo 1 – A gestão da dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros – Enquadramento Teórico	15
1- Os Cuidados Paliativos: Origem, Filosofia e Princípios	16
2- A Enfermagem e os Cuidados Paliativos	20
3- A Dor em Cuidados Paliativos	22
3.1. Fisiopatologia da dor	25
3.2. Classificação da dor	29
4- A Gestão da dor em Cuidados Paliativos	31
4.1. Avaliação da dor	34
4.1.1. Escalas de Avaliação da dor	35
4.2. Tratamento da dor	38
5- Intervenções de Enfermagem na gestão da dor	44
Capítulo 2 – Percurso Metodológico	48
1- Da Problemática aos Objetivos do Estudo	49
2- Tipo de Estudo	51
3- O Contexto e os Participantes do Estudo	52
3.1- O Contexto	52
3.2- Os Participantes do Estudo	53
4- Estratégias de Colheita de Dados	55
5- Procedimento de Análise de Dados	57
6- Considerações Éticas	59
Capítulo 3- Apresentação e Análise dos Dados	60
Capítulo 4 – Discussão dos Resultados	74
Capítulo 5 – Conclusões e Perspetivas Futuras	84
Referências Bibliográficas	89

## **INDICE DE ANEXOS**

**Anexo I** - Consentimento da Administração da Instituição em causa

## **INDICE DE APÊNDICES**

**Apêndice A** – Guião orientador da entrevista

**Apêndice B** – Análise de Conteúdo

**Apêndice C** – Termo de Consentimento Informado entregue aos Participantes

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Escala Visual Analógica	36
<b>Figura 2</b> - Escala Numérica	36
<b>Figura 3</b> – Escala Qualitativa	37
<b>Figura 4</b> - Escala de Faces	37
<b>Figura 5</b> - Escala Analgésica da OMS	39
<b>Figura 6</b> - Conceito de dor: Categorias	62
<b>Figura 7</b> -Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor: Categorias e Subcategorias	63
<b>Figura 8</b> -Fatores facilitadores na intervenção dos enfermeiros na gestão da dor: Categorias e Subcategorias	67
<b>Figura 9</b> -Fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros na gestão da dor: Categorias e Subcategorias	70
<b>Figura 10</b> -Conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor: Categorias	72

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caraterização dos participantes em estudo	53
<b>Quadro 2</b> - A gestão da dor em cuidados paliativos: temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo	61

## **ABREVIATURAS**

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**CP** Cuidados Paliativos

**IASP** Internacional Association for the Study of Pain

**EVA** Escala Visual Analógica

**EN** Escala Numérica

**MPQ** MacGill Pain Questionary

**EF** Escala de Faces

**EQ** Escala Qualitativa



## INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência universal, subjetiva, complexa e multidimensional nas suas vertentes físicas, cognitiva, afetiva, comportamental, moral e sócio cultural, o que pressupõe uma abordagem multidisciplinar da sua gestão, desde a avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento.

Considerando a importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico para a integridade do indivíduo a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) fundada em 1973, a maior associação multidisciplinar internacional no campo da dor, dedica-se a promover a pesquisa sobre a dor e a melhoria de cuidados prestados ao doente com dor. A dor é uma “ experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (IASP, 2008).

Esta associação constatou que 90% dos pacientes paliativos experimentam dor em algum momento da evolução da doença, constituindo um problema de proporções epidémicas.

Em Portugal em 1991 é constituída uma Associação Portuguesa do Estudo da Dor com o intuito de alertar a sociedade para o facto de a dor ser uma das complicações mais incapacitantes em toda a Europa.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) considera que o controlo da dor tem sido uma área relativamente negligenciada pelo interesse governamental. Os líderes e os membros desta associação acreditam que é urgente o controlo da dor e o reconhecimento da dor crónica como um problema de saúde pública uma vez que, de acordo com esta associação, apesar de poucas pessoas morrerem de dor muitas morrem com dor e, ainda mais, vivem com dor.

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e também investir muito mais nesta área. Este investimento não significa só dinheiro, é preciso desenvolver mais o estudo da dor, dar formação aos profissionais para que possam dar melhores respostas aos doentes (Romão, 2006).

De acordo com Watt- Wattson (2003), há mais de vinte anos que diferentes estudos têm demonstrado que um número significativo de doentes hospitalizados sente dor entre moderada e violenta, sem que o tratamento proporcione alívio.

Foi a preocupação com a problemática da dor e o reconhecimento da importância da sua prevenção e controlo que decidimos realizar este estudo para compreender quais os saberes e as práticas dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor em cuidados paliativos.

Assim, o tema que nos propomos investigar incide sobre os saberes e as práticas dos enfermeiros na gestão da dor no doente paliativo e tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente paliativo, tendo como objetivos específicos:

- Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor em cuidados paliativos;
- Identificar quais os aspetos que os enfermeiros valorizam na gestão da dor da pessoa em cuidados paliativos;
- Identificar os fatores facilitadores/dificuldades da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor em cuidados paliativos;
- Perceber os conhecimentos dos enfermeiros na gestão da dor em cuidados paliativos.

Face à temática e aos objetivos que nos propusemos optamos por um estudo descritivo-exploratório com uma abordagem qualitativa, em que o contexto de estudo foi uma Unidade de Cuidados Paliativos. Para a colheita de dados utilizamos como instrumento a entrevista semiestruturada.

O interesse por esta problemática advém do fato de ser um tema atual e também da experiência adquirida durante um estágio clínico numa unidade de cuidados paliativos, em que observamos que a dor era dos sintomas mais comuns entre os doentes. É algo que nos inquieta enquanto enfermeiros, pois a dor é um dos principais sintomas que temos que enfrentar diariamente e a sua gestão é importante para a qualidade de vida dos doentes e da sua família.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, no primeiro capítulo abordamos a problemática explorando aspetos que se encontram relacionados com os cuidados paliativos, a dor e a forma como os enfermeiros intervêm na sua gestão. No segundo



capítulo apresentamos a problemática e os objetivos em estudo, bem como todo o percurso metodológico, desde o tipo de estudo, as estratégias de recolha de dados, o contexto e os participantes, o procedimento de recolha de dados e as considerações éticas. No terceiro capítulo temos a apresentação e análise dos dados. O quarto capítulo destina-se à discussão dos resultados e no quinto capítulo temos as conclusões e algumas sugestões que surgiram durante o estudo.

## **CAPÍTULO 1**

# **A GESTÃO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

## **1- CUIDADOS PALIATIVOS: ORIGEM, FILOSOFIA E PRINCÍPIOS**

Falar da história dos cuidados de saúde e consequentemente em cuidados paliativos é remontar à origem da Humanidade e à ligação histórica entre a saúde e a religião. Desde a existência do Homem que a doença e o sofrimento o acompanham.

As primeiras tentativas de alívio do sofrimento físico ou espiritual surgiram nas civilizações mais antigas, como a hindu, a chinesa e a egípcia. É importante lembrar que a Índia e o Egipto possuíam instituições que tinham alguns atributos hospitalares. No ano 2500 a.C., o Egipto possuía um sistema de educação médica e cuidados de saúde bem organizados, como se pode observar em alguns documentos da época nomeadamente o Papiro Smith. Quanto ao sistema de saúde da Índia de acordo com a literatura indiana do século VI a.C., Buda designou um médico para cada dez vilas e construiu hospitais para os inválidos e pobres construindo abrigos para mulheres doentes e grávidas. Existiram Hospitais no Ceilão datados de 437 a. C. considerados historicamente significativos por suas similitudes com os atuais Hospices.

Todos estes Hospices dedicavam-se a tratar doentes crónicos ou sem prognóstico de cura e os cuidadores eram solicitados a fornecer cuidados delicados aos doentes, nutrilos com frutos frescos e vegetais, preparar medicamentos e fazer-lhes massagens.

Um dos princípios da filosofia Hospice, que era o alívio do sofrimento consistia na aplicação de pomadas caseiras feitas de ervas para as feridas, regime dietético e ingestão de bebidas com ervas, bem como rituais espirituais. Contudo, a capacidade de acabar com o sofrimento causado pelas doenças e acidentes era bastante reduzida devido ao desconhecimento científico. A expectativa de vida era de apenas duas décadas e as doenças infecciosas eram a principal causa de morte. Entre as doenças mais comuns estavam a malária, a tuberculose, a cólera, a peste e a pneumonia.

Os centros de cura eram também centros religiosos. Foi na Grécia antiga que houve uma tentativa de entendimento da causa das doenças e, consequentemente, das dores e uma sistematização do tratamento e do cuidar com base em observações empíricas. As dores físicas eram tratadas com álcool, para diminuir os sentidos e com drogas fitoterápicas como o ópio, um potente sedativo e analgésico na forma de tintura e elixir, de onde é derivada a morfina que se usa atualmente nas unidades de cuidados paliativos.

A maior parte da população da Idade Antiga não possuía acesso a cuidados de saúde, sendo cuidados pelos próprios familiares.

Durante a Idade Média, especialmente no período da Renascença as cidades europeias começaram a evoluir e começou-se a sentir a necessidade de cuidar dos indigentes, velhos e insanos, além dos feridos trazidos devida a guerra. Tendo como modelo os leprosos da idade média, os hospices- mantidos por religiosos franciscanos e também pelos camilianos conhecidos como os padres da morte – desenvolveram-se para fornecer abrigos, cuidados de saúde e comida.

Em 1789, a congregação de São Vicente de Paulo mantinha em França cerca de 426 hospitais. Segundo o historiador Roy Porter a caridade era a virtude religiosa suprema.

Cecily Saunders , menciona no seu prefácio da terceira edição de Oxford Textbook of Palliative Medicine, que durante este período as instituições cristãs estavam encarregadas de manter os hospices.

Sendo que o primeiro uso registrado da palavra hospice relacionado com o cuidar dos moribundos foi utilizado na cidade de Lyon em França em 1842, por Madame Jeanne Garnier, que fundou vários hospices. Contudo, não existe conexão entre esse fato e a abertura posteriormente em Dublin em 1879, do Our Lady's Hospice, pelas Irish Sisters of Charity, e do St. Joseph's Hospice em 1905, em East Londres, ambos destinados a cuidar de pacientes incuráveis e moribundos.

Cecily Saunders fundou o primeiro hospice em 1967, em Londres, o St. Christopher's Hospice de forma a proporcionar aos doentes terminais uma qualidade de vida condigna até ao fim dos seus dias. Sob uma visão holística da pessoa humana e cuidados integrados, ensino e pesquisa clínica.

Cecily Saunders nasce a 22 de Julho de 1918, em Inglaterra, enfermeira de profissão de base vê-se obrigada a desistir da profissão devido a problemas de saúde, contudo mantém-se a trabalhar com doentes em fim de vida como assistente social. Foi durante 7 anos enfermeira voluntária no Saint Luke's Hospital, instituição dedicada a doentes em fim de vida. Em 1957 forma-se em Medicina. Os anos seguintes e até 1965 o seu trabalho é dedicado a doentes em fim de vida e publica vários artigos sobre a área.

Também se deve a Cicely Saunders o conceito de “dor total” pela experiência vivida junto dos seus doentes. Este conceito realça que a dor não é apenas física e que deve ser tratada em todas as suas vertentes, quer física, psicológica, espiritual e social. A mesma

autora referia-se a dor e ao sofrimento dos doentes terminais como dor total e sofrimento total.

Com a criação do St. Christopher's Hospice, Cicely Saunders introduz uma filosofia realista de aliviar os sintomas e, deste modo, o sofrimento de forma a possibilitar uma melhor adaptação por parte do doente e família a fase terminal e, consequentemente, uma morte mais digna. Os cuidados paliativos preconizam uma filosofia, cujos os princípios se enquadram nos seguintes:

- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provoca-la ou atrasá-la;
- Tem como objetivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem (física, psicológica, social e espiritual);
- São oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença prolongam-se pelo período do luto, a unidade recetora de cuidados e sempre “doente e família” e não devem considerar-se realidades desligadas e pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e integram o sistema de saúde. (Neto, 2004)

Esta filosofia dos cuidados, que tinha como particularidade envolver profissionais de diferentes formações e integrar o suporte dos familiares/ doentes em todo o processo, alargou-se a outros hospitais conduzindo o movimento dos Cuidados Paliativos a implementar-se rapidamente nos Estados Unidos da América, no Canada e só mais tarde no resto da Europa. Surgindo em Portugal apenas no início da década de 90. Contudo verificou-se que a visão paliativa perante a doença incurável foi detetada em textos médicos portugueses no século XVI. Este dado mostra-nos a demora significativa da implantação dos cuidados paliativos em Portugal, comparativamente com a realidade de outros países europeus.

A primeira referência de uma organização estruturada de cuidados paliativos no nosso país remonta a 1992, Unidade de Tratamento da Dor, no Hospital do Fundão com camas de internamento para doentes com doença oncológica avançada, atual Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão.

Em 1994, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto surge a primeira Unidade de Cuidados Paliativos no nosso país.

O Centro de Saúde de Odivelas, em 1996, iniciou atividade a primeira equipa domiciliar de cuidados continuados, que incluíam a prestação de cuidados paliativos.

Contudo, é nesta última década que em Portugal se dá o maior passo no que diz respeito a implementação dos Cuidados Paliativos como área integrante a nível do Sistema Nacional de Saúde e, por conseguinte a criação de determinados documentos que visam a prática de cuidados paliativos no nosso país, sendo eles: o Plano Oncológico Nacional, definindo como um dos seus objetivos estratégicos o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos; em 2004 surge o Plano Nacional de Cuidados Paliativos que identifica os Cuidados Paliativos como área prioritária de intervenção e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº101/ 2006 de 6 de Junho, tem por objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação recomendados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

## **2- A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

A enfermagem tem como formação o cuidar, porém este cuidado humano tem vindo a sofrer alterações nas suas dimensões. Para os profissionais de enfermagem, as pessoas são seres totais, com uma família, cultura, passado e futuro, crenças e valores, que interferem com as experiências da saúde e de doença. A enfermagem é uma ciência humana que não se deve limitar à utilização do conhecimento das ciências naturais, pois lida com seres humanos, que possuem comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivadas e nem consideradas por partes. (Watson, 1985).

Quando a ciência atinge o seu limite e falha, os profissionais de enfermagem tem uma inigualável função de fazer algo mais pela pessoa e aqui integram-se os cuidados paliativos. E porque a morte existe, é necessário encará-la de frente e ajudar as pessoas a assumi-la como realidade, tendo noção que esta tarefa nem sempre é fácil.

Em cuidados paliativos, o enfermeiro em conjunto com uma equipa multidisciplinar tem como papel desenvolver intervenções focadas nas necessidades do paciente, que nesta fase apresenta doença progressiva e incurável. Não existe mais o objetivo de curar e a atenção deve estar centrada para o controlo dos sintomas do corpo, mente, espírito e social. A formação apropriada dos profissionais de saúde para o trabalho em cuidados paliativos proporciona menos sofrimento para o paciente e para a família, oferecendo uma maior resposta às suas necessidades que culmina numa morte digna, um dos principais objetivos.

O objetivo fundamental dos cuidados paliativos é oferecer o máximo de conforto e bem-estar ao paciente, entendendo bem-estar como: sensação global de satisfação, alívio das necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais que pode experimentar o paciente na última etapa da sua vida, evitando o sofrimento e conseguir uma morte digna, não esquecendo a família que é um elemento fundamental na atenção ao doente terminal.

O enfermeiro quando presta cuidados tem de ter em conta que cada individuo vive de uma forma diferente, englobando dimensões distintas (somáticas, psicológicas, afetivas, sociais e espirituais) e dinâmicas, com diferentes prioridades. Neste sentido, todos os esforços realizados devem ser direcionados para o alívio traduzindo a melhoria do bem-

estar, que incluiu a assimilação, aceitação e acomodação física e psíquica de um novo estado de saúde e as suas consequências.

A intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos visa a oferecer uma assistência em que o paciente possa conseguir a maior autonomia possível, conservando a sua dignidade até a morte. Os enfermeiros devem modificar a sua atuação de curativa para paliativa, oferecendo alívio e bem-estar, avaliando a reação dano versus benefício do cuidado prestado.

É fundamental ouvir o paciente e a sua família para a planificação dos cuidados e a tomada de decisão, utilizando características como a sensibilidade cuidadora, o altruísmo, capacidade de escuta, empatia e compreensão, respeito e tolerância, capacidade de transmitir segurança e confiança, maturidade pessoal diante de tudo e da morte, ser positivo e flexível (Pérez, 1999,p.86).

Em cuidados paliativos, consideramos três tipos de cuidados essenciais a prestar ao paciente paliativo, sendo eles:

**Cuidados Básicos Gerais** – proporcionar o maior conforto possível ao doente em cada momento (ex. cuidados à pele, eliminação, alimentação, atividade física, sono, repouso, lazer etc.);

**Cuidados Preventivos** – o objetivo é evitar os problemas que este tipo de pacientes pode desenvolver com frequência: lesões bucais, lesões na pele, obstipação, medo, angústia, entre outros;

**Cuidados Sintomáticos** – tem como objetivo resolver ou paliar os sintomas ou problemas que são identificados: dispneia, úlceras de pressão, ulcerações de evolução da doença, anorexia, insónia e outras.

O enfermeiro tem ainda um papel importante no cuidado do paciente terminal, em vários níveis: na aceitação do diagnóstico, na ajuda para conviver com a doença e no apoio à família, antes e depois da morte.



### **3- A DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS**

A palavra dor deriva da palavra em latim “poena” e é definida como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angustia ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos”.

Em cuidados paliativos a dor é designada como dor total pela pioneira Cecily Saunders, sendo que, dor total é uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que atuam na pessoa na sua totalidade.

A dor é um dos problemas mais intrigantes da Medicina e Biologia. A dor é considerada um desafio para a pessoa, que na maioria das vezes, tem de apreender a suportá-la e para os profissionais de saúde que tentam encontrar meios para aliviar o sofrimento do doente, e para o cientista que tenta perceber os mecanismos biológicos causadores do sofrimento. Contudo, a dor torna-se também um desafio para a sociedade que deve descobrir e construir meios médicos, científicos e financeiros que ajudem a controlar ou a prevenir, de melhor forma, a dor e o sofrimento (Melzack, Wall, 1987). Esta está presente em 50% dos doentes, no entanto, quando nos referimos à fase final de vida, a dor atinge uma prevalência de 75 a 85% (Murillo, 1996; Gonçalves, 2002; Bastos, 2005; Pereira, 2006). A incidência da dor varia com as neoplasias, atingindo 85% dos doentes portadores de tumores ósseos primários, 52% dos doentes com cancro de mama e 55 % dos doentes com linfomas (Gonçalves, 2002).

Com a criação do Plano Nacional da Luta Contra a Dor, previa-se, que até 2007, 75% dos hospitais públicos portugueses, possuíssem unidades de dor crónica e unidades de dor aguda pós-operatória.

A circular normativa da Direção Geral de Saúde, publicada a 14 de Junho de 2003, institui a dor como 5º sinal vital. Esta equiparação significa que se considera de boa pratica clinica, fazer a avaliação e registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2003). Esta circular ainda refere quais as escalas a serem utilizadas para fazer a avaliação da intensidade da dor, apresentado alguma instruções para a sua utilização.

O conceito de dor usado mundialmente hoje é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) que afirma que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano.

Se separamos esta definição peça por peça, percebemos que esta difere da nossa concepção instintiva sobre a dor, uma vez que não conseguimos controlar eficazmente, o nosso instinto diz-nos que a dor resulta de uma alguma agressão. Assim, quando sentimos dor, apenas temos duas coisas em mente: o elemento sensitivo e o elemento da lesão tecidular.

Todavia, a definição de dor da IASP, refere uma componente emocional. Contudo, a definição ainda expressa que a dor é como uma lesão tecidular potencial ou real, embora esta lesão nem sempre exista. Além disso, nem sempre a lesão tecidular potencial ou real resulta em dor. Apesar, de apoiar o conceito de dor como um fenómeno individual e subjetivo, esta definição não é muito clara, relativamente às pessoas que por algum motivo, são incapazes de comunicar verbalmente a sua dor, como no caso de pessoas com patologias do pescoço.

A dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido. De fato a dor é de difícil definição, sendo descrita “ como um conceito abstrato que se refere a sensações, estímulos. Há também uma emoção de dor, para além da sensação da dor” (Sternbach citado por Karb 1999).

Sendo assim, a dor é “tudo o que a pessoa que sofre diz ser dor e existe sempre que a pessoa diz que existe” (McCaffery citado por Lobo, 1998). Segundo outro autor, a dor é “ uma sensação essencialmente física associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos” e o sofrimento “ é uma sensação psíquica que associa a sentimentos de perda/culpa que normalmente ocorrem em várias crises acidentais e do desenvolvimento humano” (Gameiro,1999).

A experiência dolorosa é regulada por uma serie de fatores biológicos, emocionais, sociais e culturais. A dor é uma experiência individual e podemos entender que a sua intensidade é variável consoante alguns fatores como a raça, sexo, idade, suporte social e cultural, e que muitas das vezes não depende somente do tipo de estímulo noceptivo.

A dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor e pela moral do doente e pelo significado que a dor assume para o doente. Segundo (Twycross, 2003) a “ dor é aquilo que o paciente chama de sofrimento”.

Cecily Saunders alerta para a definição de dor total ou de sofrimento total que engloba vários aspetos: físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A dor não é como as outras modalidades sensoriais, não resulta de uma única sensação mensurável, é uma experiência cuja natureza depende não só da qualidade dos estímulos mas também da programação dos mecanismos de percepção da dor e da sua interpretação cerebral, não há uma única via no sistema nervoso que seja responsável pela percepção da dor, esta pode ser interpretada como a resposta integrada de vários mecanismos fisiológicos (Stevens et. al, 2007).

Pavini (2000) refere que Aristóteles (320 a.C.) considerou a dor “como um estado de alma, uma antítese do prazer, alertando para uma sensação desagradável”.

Porém, existem um conjunto de teorias sobre a dor, que ao longo dos séculos foram passando por diversas fases. Para Cristina et al. (1998) a dor já foi interpretada como um castigo, um aviso, uma emoção, uma neuro transmissão, um desafio à ciência e uma reação complexa (...) o homem primitivo acreditava que todas as dores tinham origem no exterior, não sendo apenas provocadas por qualquer tipo de sofrimento mas também por espíritos malignos e deuses do mal”.

As teorias explicativas da dor agrupam-se em três: a teoria da especificidade, a teoria do padrão e a teoria do portão.

A teoria da especificidade propunha que um sistema especializado de transmissão levaria mensagens dos recetores de dor na pele até ao centro de dor no cérebro. A dor seria uma sensação específica, com uma aparelhagem sensorial própria e independente dos outros sentidos, o que implicava a existência de uma relação direta e invariável entre o estímulo físico e a sensação percebida pelo indivíduo; portanto a intensidade da dor seria proporcional à extensão do dano tecidual. Apesar dos avanços que esta teoria permitiu, a possibilidade de um sistema nervoso funcionar através de vias diretas e fixas, sugeria que toda a tarefa de interpretação do estímulo ocorresse inteiramente ao nível do recetor. Esta teoria não previa que as fibras nociceptivas fossem capazes de modular a transmissão da dor e negava a influência das variáveis psicológicas na dor (Melzack & Wall, 1991; Bonica, 1990; Hom & Munafò, 1997).

Numa fase posterior surgiu a teoria do Padrão que questionou a teoria da especificidade ao evidenciar que as pessoas respondiam de modo diferente ao mesmo estímulo. Esta teoria sugeriu que “os padrões dos impulsos nervosos determinavam o grau de dor e as mensagens da área ferida eram enviadas diretamente para o cérebro através destes impulsos nervosos” (Ogden, 2004).

A dor resultava de efeitos combinados da intensidade do estímulo e da soma de impulsos no corno dorsal da espinal-medula. Esta teoria não tinha em conta os aspetos psicológicos (Watt-Watson, 2003).

A teoria do Portão confirmou que a dor não é apenas uma experiência sensorial, mas sim uma integração completa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas. A percepção da dor e as reações à dor não são previsíveis, diferindo de pessoa para pessoa consoante a sua experiência (Watt-Watson, 2003).

É possível desta forma, perceber que os processos psicológicos tais como: a memória da experiência passada, a atenção e a emoção, podem influenciar a percepção da dor e reação consecutiva, atuando no mecanismo espinal do portão. Algumas destas atividades psicológicas podem abri-lo, outras fechá-lo (Melzack e Wall, 1991).

A teoria do Portão apoia a justificação do efeito das técnicas não farmacológicas. O sistema opióide endógeno é constituído pelas endorfinas péptidos semelhante à morfina e que são produzidas naturalmente ao longo das sinapses neurais do sistema nervoso central (Dias, 2007)

Assim, é fundamental que a dor, bem como os efeitos da terapêutica sejam valorizados e sistematicamente, diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas de todas as idades, que sofrem de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem (DGS, 2003).

### **3.1- FISIOPATOLOGIA DA DOR**

O fenómeno sensitivo doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação que, das fibras periféricas, são transferidos para o Sistema Nervoso Central (SNC). Todo estímulo intenso, exceto o vibratório, de qualquer modalidade energética, poderá produzir dor. O agente nocivo é detetado pelas ramificações periféricas das fibras nervosas mais finas e numerosas do corpo.

Os nociceptores, que constituem os recetores farmacológicos dos axónios de células nervosas, desencadeiam a condução elétrica, levando a informação dolorosa de origem periférica à medula espinal por via específica, sendo a informação identificada no cérebro e transforma-se em sensação de dor. Entre os recetores periféricos e o cérebro,

existem duas vias mediadoras dos estímulos dolorosos: a paleo-espinotalâmica e a neo-espinotalâmica. Os recetores da dor são um grupo de recetores sensoriais que são capazes de diferenciar estímulos inofensivos e estímulos nocivos (Angelotti, 2008) quando estão perante uma experiência dolorosa, cada um com as suas características distintas, conduzem a informação sensorial por vias específicas, da periferia ao cérebro. As características possibilitam distinguir dois tipos de dor: uma dor “rápida” (sensação aguda e repentina) e a dor “lenta” (sensação mais prolongada) (Habid, 2003).

Em termos fisiopatológicos, podemos dividir a dor em: dor nociceptiva (lesão somática ou visceral) ou dor neuropática (lesão ou alteração da transmissão de informação nociceptiva ao nível do SNC e periférico) (Castro, 2003; Lobato 1992).

A experiência dolorosa é mediada pelo limiar fisiológico (ponto ou momento em que um estímulo é considerado doloroso), o limiar da tolerância (ponto em que o estímulo alcança uma intensidade que não é tolerado, variando perante as situações e sob a influência de fatores culturais e psicológicas) e a sua resistência à dor (diferença entre os dois limiares, expressando a amplitude da estimulação dolorosa à qual o indivíduo pode resistir de forma aceitável) (Angelotti, 2008; Lobato, 1992; McDonald, 2008).

O modelo neuro psicofisiológico da dor envolve a percepção, circuitos centrais e periféricos, moderados por influência límbicas e corticais sobre o afeto e o comportamento (Angelotti, 2008).

Desta forma, o processo pelo qual existe a consciencialização/percepção da dor engloba quatro fases: a transdução, transmissão, modulação e a percepção. As duas primeiras implicam o processamento da mensagem de dor desde os nociceptores à medula espinal. A modulação, na medula espinal vai determinar se os estímulos serão, ou não consciencializados como dor (Watt- Watson, 2003).

Segundo Pavani (2000), a dor sendo uma experiência subjetiva e individualizada em que não se pode estabelecer uma relação causal direta entre a lesão e a reação, podemos dizer que, a percepção de dor a nível de mecanismos cerebrais frente a um estímulo sensitivo, origina de forma diferente, manifestações individualizadas de maior ou menor sofrimento, maior ou menor positividade, reação de luta ou fuga, aumento ou redução do limiar de dor, portanto menor ou maior sensibilidade à dor.

*“A percepção da dor por parte do utente resulta da consciência que este tem das consequências da mesma a nível fisiológico, psicológico, sociocultural,*

*espiritual e de desenvolvimento. Esta percepção pode influenciar a forma como ele poderá responder a essa dor e a sua relação com a família e com a comunidade a que pertence” (Cardoso,1999, p.89).*

Potter e Perry definem percepção como,

*O momento em que uma pessoa tem consciência da dor. A atividade neurológica de um utente pode influenciar a experiência da dor. Qualquer factor que bloqueie ou influencie a receção ou percepção normal da dor afeta a consciência e reação do utente à dor (...) A tolerância de uma pessoa à dor é o ponto em que há uma capacidade em aceitar a dor de maior intensidade ou duração. A tolerância depende de atitudes, motivação e valores (2006, p.793).*

A reação e a percepção à dor diferem de doente para doente com a mesma patologia, igual localização e extensão podendo conduzir a diferentes graus de sofrimento.

Segundo os autores Silva e Zago,

*“Essas diferenças individuais dependem do sexo, raça, cultura e história do indivíduo. Dentre os fatores que influenciam a sensação dolorosa, evidenciam-se os sentimentos e as experiências emocionais como mágoa, luto, temor, angustia e culpa. Portanto, a reação a um estímulo doloroso é individual, depende do estado físico e emocional do sujeito em situação de dor” (2001, p.45).*

A dor é uma experiência apreendida, influenciada pela situação de toda uma vida de cada pessoa. Na opinião de Rafael,

*“A aprendizagem do conceito da dor é incutida nas crianças, desde muito cedo, através dos seus pais ou de outras pessoas significativas. A interpretação de um sintoma, a atribuição de um significado, a expressão do desconforto e as possíveis respostas à doença, lesão ou dor são ensinadas e apreendidas de modo subtil através da simples observação. A existência de dor faz-se acompanhar por mudanças da expressão facial e corporal, emissão de sons e palavras que por si só descrevem alguém com dor. Assim sendo, os indivíduos podem ser mais ou menos propensos a ignorar ou super valorizar a dor, dependendo da forma como foram ensinados” (2005, p.6).*

A dor é um facto existencial e não meramente um facto fisiológico, as pessoas não sentem uma dor semelhante da mesma forma. O seu limiar a sensibilidade não é o

mesmo, a atitude face à dor, os comportamentos de resposta são influenciados pela sua condição social, económica, cultural, os seus contextos de vida e pela sua história pessoal. Dependem da sua personalidade, que pressupõe organizações psíquicas internas e por isso modos diferentes de lidar com a dor, que pode ir da capacidade de a conter mentalmente, de a elaborar, à necessidade de expulsar, de a negar, de a desprezar (Fleming, 2003).

A dor pode ter uma função de alarme e ser por isso necessária e útil, mas os sinais nem sempre são claros.

A bússola pode emitir sinais confusos, com código estranho e desorientar mais do que orientar. Pois, se a dor pode ser lancinante e clara no corte da pele, na queimadura, é silenciosa no desenvolvimento de um cancro ou até mesmo de uma cardiopatia em breve fatal. Ela é enigmática quando é sentida num membro fantasma de um amputado e incompreensível quando se passeia pelo corpo do doente que sofre de histeria (Fleming, 2003).

Campos afirma que,

*“Se por um lado as origens e os contextos vão fazer variar os comportamentos privados da dor, a sua comunicação pública quer aos familiares, aos outros doentes, aos profissionais de saúde também pode ser diferente. Poderão expressar - se fundamentalmente dois modos de conduta diferentes: um caracterizado por forte emotividade, que pode ter uma expressão pública de sentimentos de medo, de cólera de agressividade; outro mais privado, menos verbalizado, de prantos sentidos e estóicos”(2007, p.20).*

Estes aspetos pretendem transformar a dor privativa em algo público, fazendo do sintoma um acontecimento social, partilhado interpessoal.

As expectativas e o grau de aceitação da dor, enquanto parte integrante da vida normal, também tem influência na forma como ela é interpretada e a solução clínica que a pessoa deve ou não procurar.

Os tipos e a disponibilidade de ajuda potencial imiscuem-se na expressão pública dos comportamentos de dor ou seja, a expressão da dor para além de ser influenciada pela perceção que o indivíduo tem do seu sintoma, é ainda influenciada pela perceção que este tem sobre o modo como o médico pode responder ao seu comportamento de dor. A forma do comportamento de dor, a expressão pública do comportamento de dor, bem

como a resposta que lhe está associada, são também, de certo modo, culturalmente determinadas (Quartilho, 2001).

O enfermeiro deve reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor, tendo em conta que cada indivíduo é um ser único produto das suas experiências passadas, crenças e normas culturais.

### **3.2- CLASSIFICAÇÃO DA DOR**

A dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001), bem como pela sua intensidade. A sua classificação é importante para percebermos a sua origem e adequar o plano terapêutico ao tipo de dor.

A classificação da dor segundo a sua temporalidade baseia-se na duração dos sintomas, sendo dividida em: dor aguda, dor crónica e dor recidivante.

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.25) define a dor aguda como um tipo de dor de “início recente e provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal”.

Considera-se dor aguda aquela que se segue a lesões teciduais e tem uma função de alarme. Costuma ser acompanhada de alterações neurovegetativas e pode ser influenciada por fatores psicológicos, embora estes raramente tenham um papel primário na sua ocorrência. Como sua fisiopatologia, diagnóstico e controle são melhor conhecidos, costuma desaparecer após tratamento correto do processo patológico (Pimenta, 1994).

Este tipo de dor é basicamente um episódio transitório que adverte a pessoa de que alguma coisa está mal.

A dor crónica é descrita pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.42) como “uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos”.



Segundo Bonica (1990) “a dor crónica é aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crónicos, que causam dor continua ou recorrente em intervalos de meses ou anos”.

Campos (2007) na sua opinião considera que a dor crónica, pode conduzir a uma verdadeira doença da dor com sofrimento intenso, depressão, fadiga fácil, tendência para a inatividade, insónia, ansiedade, que ao perdurarem conduzem à falta de auto estima.

A dor recidivante “apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do individuo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca” (Júnior, Carvalho e Bierhals, 2008, p.1).

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) e tendo em conta os mecanismos geradores de dor, podemos classificar a dor quanto à sua fisiopatologia, em nociceptiva, neuropática e psicogénica.

A dor nociceptiva “é devido a uma lesão tecidual contínua, estando o sistema nervoso central integro” (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Este tipo de dor compreende a dor somática e visceral e ocorre diretamente por estimulação química ou física das determinações nervosas normais – é resultado de danos teciduais comuns e frequentes nas situações inflamatórias, traumáticas, invasivas ou isquémicas. Segundo Grencho (2009), este tipo de dor “resulta de uma excitação anormal dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais sem que exista uma lesão das estruturas nervosas. É tipicamente descrita como latejante ou sensação de pressão”.

A dor neuropática resulta de alguma lesão ou compressões em estruturas do sistema nervoso central ou periférico. Tem características distintas, podendo ser descrita como um choque, uma facada ou queimadura e pode ser desencadeada por um estímulo táctil (alodinia).

A dor neuropática deve-se a um comprometimento neurológico, sem lesão tecidular ativa (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

A dor psicogénica é de difícil tratamento e de compreender. Este tipo de dor não tem origem fisiológica, parece ser originada pelo estado psicológico do doente. Os fatores psicológicos na percepção e resposta à dor alcançam uma base cultural, experiência

prévia, ambiente social e crenças, atitudes e expectativas dos doentes perante a dor, sexo, personalidade e estado emocional.

A dor psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidular ativa de origem psicossocial (Plano Nacional da Luta Contra a Dor, 2001).

Quanto à intensidade da dor, interessa salientar que esta é sempre referida pelo doente. Desta forma, a Direção Geral da Saúde (2003), com base numa escala Qualitativa, classifica a dor:

- Sem dor
- Dor Ligeira
- Dor moderada
- Dor intensa
- Dor máxima

Na dor ligeira o doente tem consciência da dor, sem sofrimento. A dor moderada já é suficiente para impedir a pessoa de se concentrar. A dor intensa diminui a pessoa e invade o campo da consciência. Quanto à dor máxima, o doente sente como efeitos a ansiedade, exaustão física e psicológica.

### **3.3- FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR**

A dor é um fenómeno subjetivo, físico ou sensorial, sendo que a resposta é individual e esta mesma é influenciada por diversos fatores, que nos ajudam a explicar a razão pela qual a dor é uma experiência tão complexa.

Existem vários fatores que influenciam a perceção, a tolerância e as respostas individuais ao mesmo estímulo, sendo eles: a idade, o sexo, o medo e a ansiedade, a depressão, a experiência anterior a cultura e a religião e o ambiente.

A idade pode influenciar a reação à dor e a tolerância da mesma. Black e Matassarini-Jacobs (1996), na sua opinião referem que embora não se possa estabelecer uma relação direta entre a idade e a tolerância à dor, verifica-se que quanto mais velhos for o indivíduo maior a sua tolerância à dor., contudo nos idosos a perceção sensorial é reduzida. Os adultos idosos atribuem diferentes significados à dor, sendo, frequentemente considerada uma parte natural do envelhecimento.

Em várias culturas verifica-se que existe restrições em relação ao comportamento dos rapazes em relação à dor, esperando que estes expressem menos dor que as mulheres (Black e Matassarini-Jacobs, 1996)

O medo e a ansiedade são outros fatores que podem influenciar a dor, sendo que entende-se por medo uma sensação de desconforto causada por um fator stressante. O medo origina ansiedade e esta foca a sua atenção. (Wall, 2007). Neste sentido existe uma relação entre medo e a ansiedade.

A ansiedade é um dos fatores que ocorre nos doentes com dor. Para Kazanowski e Laccetti (2005) a ansiedade é como uma sensação de inquietude, ou desconforto sem que exista um fator causal definido, ou um fator stressante específico, o que dificulta o seu tratamento.

Os mesmos autores consideram que o medo, a ansiedade e o aumento do stress, podem exacerbar a dor, constituindo um obstáculo para o alívio da mesma. Tendo em conta que a ansiedade aumenta a dor, qualquer estratégia que o enfermeiro utilize para reduzir a ansiedade contribui para o alívio da dor do doente.

Os doentes que apresentam dor crónica geralmente sofrem de depressão, que pode ir desde uma melancolia, a uma depressão prolongada, o que justifica uma intervenção médica. (Laccetti, 2005). No caso da dor persistir, e o tratamento não ser eficaz a depressão pode surgir.

A depressão pode estar associada à experiência da própria dor, ou a aspetos que tenham a ver com o diagnóstico, a mudança do quotidiano do doente, ou da imagem corporal. (Kazanowski e Laccetti, 2005)

Neste sentido, torna-se importante uma avaliação da depressão e planeamento de intervenções, com o objetivo do alívio da dor.

As respostas do indivíduo à dor também podem ser influenciadas pelas suas experiências pessoais durante o seu ciclo de vida.

Geralmente, quanto maior a experiência dolorosa na infância, maior é a perceção de dor em adulto. Desta forma, torna-se importante o enfermeiro conversar com o indivíduo para perceber quais as suas experiências anteriores de dor.

O enfermeiro deve ainda determinar, quais os métodos que podem auxiliar no alívio da dor do passado e quais as medidas que não contribuíram, anteriormente, para o alívio da dor (Swenson, 2000).

A cultura em que estamos inseridos e a religião são outros dos fatores que influenciam a percepção de dor.

A resposta aceitável à dor aprende-se numa idade muito precoce. As práticas culturais e religiosas de uma família são de extrema importância na forma como vamos reagir à dor.

Algumas culturas podem considerar a expressão de dor, ou de sofrimento como uma fraqueza, enquanto outras desejam a expressão à dor, para poderem manifestá-la abertamente (Kazanowski e Laccetti 2005)

Em algumas culturas, as pessoas por treino e exemplo são ensinadas a suportar dores violentas, como um castigo como forma de purificação da alma.

No que concerne ao ambiente, este pode influenciar a percepção dolorosa, na opinião de Karb (1999), Kazanowski e Laccetti (2005), Wall (2007), um ambiente agradável, uma conversa estimulante, um livro, ou qualquer outra atividade de distração, são estratégias, que ajudam a pessoa doente a diminuir a ansiedade e podem diminuir a sensação de dor.

Podemos concluir que existem diversos fatores que influenciam a forma como a dor pode ser sentida/tolerada pelo que nem todas as pessoas expressam a dor da mesma forma.

## **4- A GESTÃO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Controlar a dor e promover o conforto, são dois aspetos importantes nos cuidados de enfermagem. Todos os doentes apresentam desconforto físico, emocional ou dor e em todas as intervenções de enfermagem deve-se dar primazia à promoção do seu conforto. Sempre, que possível, o enfermeiro deve planear intervenções que consigam um alívio satisfatório da dor. ( Elkin, Perry e Potter, 2005).

### **4.1- AVALIAÇÃO DA DOR**

O carácter subjetivo, pessoal e complexo da dor torna a sua avaliação difícil. A avaliação da dor deve ser sistemática, continua e registada de uma forma detalhada, de forma a compreender a sua origem, para determinar uma adequada intervenção terapêutica e verificar a sua eficácia, sendo o objetivo final o alívio da dor e consequentemente melhorar a qualidade de vida do doente.

A dor é um sintoma individual e só pode ser partilhada pelo relato da pessoa que a sente. Para uma correta avaliação pode utilizar-se a entrevista e a observação para a obtenção de dados quanto à sua intensidade, localização e ainda outros dados subjetivos da dor, nomeadamente como se modifica ao longo do tempo, se interfere no estilo de vida do paciente, qual o seu impacto na vida profissional, social e família e quais os fatores agravantes e de alívio.

Também é importante considerar outros sintomas associados à dor, como por exemplo: distúrbios de humor (ansiedade, depressão, angústia e irritabilidade); diminuição da capacidade de concentração; perda de sono; disfunção sexual; imobilização ou mobilização limitada; fadiga ou prostração e alterações comportamentais.

Os instrumentos para a avaliação da dor podem ser: unidimensionais – quantitativos ou de intensidade (escala visual analógica, numérica ou verbal simples), topográficos (diagrama corporal), multidimensionais (quantitativos, qualitativos e de personalidade) e de avaliação de personalidade e existem ainda instrumentos específicos para doentes que não comunicam e para crianças.

A avaliação da dor crónica implica a abordagem de todas as causas determinantes. Os profissionais devem proceder a avaliação da intensidade da dor e respetivo registo de forma regular, continua, á semelhança de todos os outros sinais vitais.

Para a avaliação da intensidade da dor é necessário haver uma linguagem comum entre o doente e o profissional de saúde, para que este consiga descrever o tipo de dor que está a sentir. Para a avaliação da intensidade da dor é necessário haver uma linguagem comum entre o doente e o profissional de saúde, para que este consiga descrever o tipo de dor que está a sentir. É de extrema importância que o profissional de saúde explique de forma clara ao doente como funciona as escalas e qual é a sua finalidade. É de extrema importância que o profissional de saúde explique de forma clara ao doente como funciona as escalas e qual é a sua finalidade. Para a recolha de informação acerca da dor é necessário criar um ambiente de confiança com o utente, que permita perceber a localização da dor, verificar a sua frequência, as causas da dor, a extensão e a sua irradiação, a forma como começa, o tipo de dor (pontada, queimadura), o seu ritmo (noturno, diurno e a sua evolução anual), o seu caráter (permanente, intermitente), as circunstâncias do seu aparecimento e os fatores desencadeadores e que provocam o aumento da dor, sintomas associados, a sua intensidade, os tratamentos eficazes, os antecedentes patológicos, os aspetos cognitivos e a sua interferência nas atividades de vida diária

A DGS (2003) considera uma boa prática, no âmbito da prestação de serviços de saúde, o registo sistemático da dor. É importante que a dor e os efeitos da terapêutica sejam valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde.

#### **4.1.1- ESCALAS VERBAIS UNIDIMENSIONAIS**

Quantificar algo tão subjetivo como a dor é um procedimento difícil. Na prática não existe nenhum método objetivo satisfatório para determinar a intensidade da dor, pelo que é necessário recorrer ao método de Auto estimativa em escala.

Para uma melhor avaliação da dor os profissionais de saúde podem utilizar escalas validadas internacionalmente, tais como as escalas verbais unidimensionais, as escalas verbais multidimensionais e as escalas comportamentais.

A **Escala Visual Analógica** (EVA) representada na **Figura 1**, consiste numa linha horizontal, ou vertical com 10 centímetros de comprimento, que tem numa extremidade “Sem dor” e na outra extremidade “Dor Máxima”.

**Figura 1- Escala Visual Analógica** in Ministério da Saúde 2003

<b>Sem Dor</b> _____ <b>Dor Máxima</b>
--

Para avaliar a linha, no ponto em que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso uma equivalência entre a cruz que assinalou e a intensidade da sua Dor.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se assim uma classificação numérica que será assinalada numa folha de registo.

A **Escala Numérica** consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10, como se pode ver na **Figura 2**.

dor através desta escala o doente terá de fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à

**Figura 2- Escala Numérica** in Ministério da Saúde 2003

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Sem dor** **Dor Máxima**

Para avaliar a dor através desta escala, a escala é apresentada ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente avalie a sua Dor pelos números descritos na régua, sendo que o “0” equivale a Sem Dor e o 10 tem como classificação Dor Máxima.

A classificação numérica indicada pelo doente deve ser devidamente registada.

Na **Escala Qualitativa** (**Figura 3**) sugere-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”; “Dor Ligeira”; “Dor

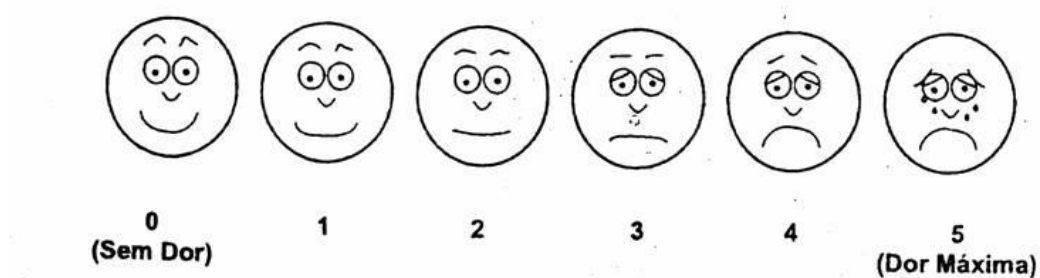
Moderada”; “Dor Intensa” e “Dor Máxima”. Devem devidamente ser registados numa folha.

**Figura 3 – Escala Qualitativa** in Ministério da Saúde 2003

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

Na **Escala de Faces (Figura 4)** é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

**Figura 4 – Escala de Faces** in Ministério da Saúde 2003



As **Escalas Verbais Multidimensionais** que não se limitam aos aspetos sensoriais, mas exprimem a repercussão afetiva da dor. São exemplos destas escalas o questionário de MPQ (MacGill Pain Questionary), elaborado por Melzack e Wall (1991), que permite avaliar a influência da dor nas atividades da vida diária do doente e o QDSA (Questionnaire Douleur Saint- Antoine), que é uma adaptação francesa do MQP.

Este último questionário contém 58 adjetivos repartidos por 16 subclasses, das quais 9 permitem avaliar as componentes sensoriais da dor e 7 as componentes afetivas. Porém este questionário não se encontra indicado a pacientes que apresentam dor intensa, fadiga extrema, ou nível socioeconómico baixo (Metzager, Schwetta e Walter , 2002; Prado,2007).

O questionário da dor de MC Gill é, provavelmente o instrumento mais conhecido para a avaliação multidimensional da dor. Este apresenta fiabilidade e boa validade, uma das



contrapartidas é que por ser muito complexo, a sua aplicação torna-se morosa quando aplicado a doentes com idade avançada.

Existe ainda as **Escalas Comportamentais** que são importantes nas idades extremas da vida (criança, idosos e dementes). Nos doentes crónicos a apreciação das manifestações observáveis ou comportamentais são de extrema importância, na medida em que após análise dos efeitos a longo prazo de um tratamento analgésico apreciando o resultado final, não só pelo alívio da dor percebida, assim como modificações observadas no comportamento quotidiano do doente.

Nos doentes oncológicos descreveram três escalas comportamentais que permitem descrever o comportamento doloroso: frequência das queixas e invasão da linguagem, repercussão nas atividades e pedido de anti-álgicos.

Num ambiente de confiança procede-se à recolha de informações: avaliação do problema entrando nos pormenores da vida quotidiana (redução de atividades, de lazer...), procura de alívio, ingestões de medicamentos, a avaliação do humor ou das suas modificações, a apreciação do estado doloroso pelo meio envolvente

(família, enfermeiros), a análise do contexto socioeconómico, exame das possibilidades de reabilitação, sobretudo depois da perda de um emprego e por fim uma análise do pedido daquele que sofre, o que permitirá ao doente participar de forma ativa no plano terapêutico.

#### 4.2- TRATAMENTO DA DOR

O controlo da dor nos doentes paliativos exige a utilização de diversos fármacos e outros métodos de tratamento complementares. O sucesso da terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.

O alívio da dor deverá ter uma sequência: alívio durante a noite, alívio em repouso durante o dia, e alívio durante o movimento (nem sempre é totalmente possível). Por vezes o alívio da dor pode demorar três a quatro semanas se existir relação com ansiedade ou depressão. A reavaliação é uma necessidade permanente, porque as dores antigas podem piorar e aparecer dores novas.

A Organização Mundial de Saúde selecionou um regime analgésico baseado na intensidade da dor, descrita como a escada analgésica, como podemos ver na **Figura 5**.

**Figura 5-** Escala Analgésica da OMS



A seleção dos fármacos deve seguir a escala analgésica da OMS e são recomendados analgésicos não opióides, opióides e adjuvantes.

Os analgésicos não opióides incluem a aspirina mais a dipitona, o acetaminofeno e outros anti-inflamatórios não esteroides. Estes são muito eficazes na dor óssea e na compressão tumoral.

Podem provocar toxicidade no sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e hematológico. A escolha do agente deve ser baseado na experiência e eficácia clínica, menor toxicidade e baixo custo. Não produzem tolerância e nem dependência física e apresentam teto para efeito analgésico.

Os analgésicos opióides são classificados quanto à relação potência e eficácia (fortes-morfina, meperidina, metadona, fentanilo, oxycodona, etc. e fracos – tramadol, codeína, propoxifeno), tempo de ação (curta/intermédia/longa) e afinidade com o recetor opióide (agonistas/antagonistas/ação mista).

Podem ser administrados por várias vias e não possuem dose teto. Segundo a OMS a morfina é preconizada como o analgésico mais importante para o controlo da dor no cancro, pelo baixo custo, pela facilidade de manejo médico, segurança, potência e eficácia analgésica.

Os opióides são analgésicos potentes, que apresentam alguns efeitos indesejáveis, porém as suas vantagens que apresentam ainda não foram superadas por outro grupo analgésico.

Os opióides fracos são a codeína e tramadol e os opioides fortes são a morfina, oxicodona, hidromorfona, metadona, fentanilo e buprenorfina.

Estes são fundamentais para o controle da dor do cancro, mas os mitos e medos infundados pelos profissionais de saúde e a população leiga sobre eles, sobre o tratamento da dor e sobre o manejo dos efeitos indesejados, têm levado ao insatisfatório alívio da dor no cancro e ao sofrimento desnecessário para o doente e família e que confere má qualidade de vida ao paciente em fase terminal.

No tratamento da dor também são utilizados os que medicamentos adjuvantes que primariamente são utilizados para outras finalidades terapêuticas que não a analgesia, contudo possuem efeitos analgésicos. São representantes deste grupo os antidepressivos, os anti convulsivantes e os neurolépticos entre outros.

Os antidepressivos, são utilizados quando existe dor neuroléptica, sendo os tricíclicos os mais eficazes, mas podem causar sonolência, boca seca, disforia e obstipação. São contra indicados em caso de doença hepática, no glaucoma e na HPB.

Os anticonvulsivantes e baclofeno, podem ser utilizados na dor neuropática, principalmente na dor paroxística tipo choque, sendo a gabapentina um dos mais utilizados. Na administração de carbamazepina é importante monitorizar a função hepática e sanguínea. O baclofeno está indicado na contratura muscular e pode ser medicação de terceira linha no tratamento da dor neuropática.

Os corticosteroides, são indicados para a redução do edema peritumoral e a inflamação decorrente da tração de nervos e outras estruturas sensíveis à dor.

Os biofosfonatos e calcitonina, são indicados para a dor óssea, diminuindo a necessidade de opióides.

Os Neurolépticos, potencializam a ação dos antidepressivos e tratam da náusea e vômito decorrentes do uso de opióides.

Os Analgésicos Tópicos, como a lidocaína na apresentação de adesivos a 5% pode ser utilizado em pacientes com neuralgia pós-herpética, com boa tolerância e eficácia, entre outros agentes, como por exemplo, a capsaicina. A absorção de anestésico local é mínima e abaixo das concentrações tóxicas.

Além do tratamento farmacológico, existem outro tipo de tratamento não farmacológico. São várias as intervenções não farmacológicas que os enfermeiros

podem utilizar para controlar a dor, sendo elas de ordem física, cognitivo-comportamental e suporte emocional. Dias (2007) sustenta que as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, estas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa

No que se refere às medidas não farmacológicas de ordem física temos como medidas a termoterapia, a estimulação elétrica transcutânea, o exercício, a mobilização e a massagem.

A termoterapia consiste na aplicação de calor ou frio com finalidade terapêutica. O calor tem como mecanismo de ação a diminuição da isquemia tecidual, o alívio da rigidez articular e a melhoria da inflamação superficial. A forma de utilização é a aplicação de calor sobre o local da dor, com temperaturas entre os 40°C e 45°C, durante 20 a 30 minutos, de 3/4 vezes por dia. Porém para a sua utilização devemos ter em conta algumas premissas como: verificar a temperatura, colocar a toalha com forma de proteção entre a pele e a fonte de calor, observação da coloração da pele e o seu aspeto e não exceder o tempo de exposição recomendado.

Quanto à aplicação do frio o mecanismo de ação é a redução do edema, da velocidade de condução nervosa e da atividade do fuso muscular. A sua aplicação deve ser feita de forma superficial, em torno de 15°C, durante 10 a 15 minutos, 2 a 3 vezes/dia.

Outra das medidas é estimulação elétrica transcutânea que consiste numa estimulação elétrica simples e não invasiva utilizada principalmente para o manejo da dor. Baseia-se na aplicação de estímulos elétricos de baixa intensidade e de alta frequência. O estímulo elétrico é percebido pelo paciente como um leve bater de dedos em certas partes do corpo, tipo formigueiro, vibração ou zunido. A técnica é utilizada em programas de tratamento da dor, lombalgias e tendinites (Dias, 2007).

O exercício é outra das medidas de ordem física que é extremamente importante para o controlo da dor, uma vez que os doentes com dor podem adquirir o síndrome do desuso devido ao repouso prolongado e à limitação de atividade no local doloroso. A dor aumenta a imobilidade e a contração muscular. O exercício melhora o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de auto cuidado, padrão de sono e reduzem a ansiedade. Os doentes devem ser estimulados a realizar atividade física e exercícios suaves de contração e alongamentos (Pimenta, 2000).

A mobilização ativa trata-se de um método terapêutico progressivo em que se procura o alívio ou evitar a dor existente e prevenir o seu reaparecimento. A aplicação prévia de calor e massagem de relaxamento facilita a execução da técnica de mobilização. Esta técnica limita os fenómenos inflamatórios locais, mantém a flexibilidade muscular, reduz a perda de força e de massa muscular e favorece a circulação de retorno, está indicada nas limitações de natureza muscular e tendinosa. (Pinheiro, 1998).

Outra intervenção é a massagem, que consiste num conjunto de manipulações praticadas, geralmente com as mãos, sobre uma parte ou totalidade da superfície corporal com a finalidade de provocar alterações diretas ou reflexas. Melhora a circulação sanguínea, relaxa a musculatura e traz sensação de conforto e de bem-estar. Existem diversos movimentos que podem ser utilizados nesta técnica: deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração. A utilização de óleos e cremes ajudam no deslizamento das mãos na realização dos movimentos (Pimenta, 2000).

Quanto às medidas cognitivas-comportamentais o uso delas no controlo da dor é baseado nos princípios de que a dor é também um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente; que o indivíduo não é receptor passivo de informações e pode aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, isto é, que tragam maior funcionalidade e bem-estar.

Acredita-se que os pensamentos (atitudes, expectativas, crenças, entre outras) podem afetar os processos psicológicos, influenciar o humor, determinar comportamentos e ter consequências sociais.

Na perspetiva cognitivo-comportamental estão incluídas conceções sobre a saúde e doença, doente e doença e doente e profissional, muito antigas e presentes na prática clínica de diversos profissionais. Sob esta denominação agrupa-se um conjunto de intervenções de foro educativo (aulas sobre a dor e controlo), de análise e reorganização do comportamento e do pensamento (trabalho em grupos ou individuais sobre atitudes e crenças frente à dor), e de aquisição de estratégias de alívio dos estados de tensão e ansiedade (técnicas de relaxamento, de distração e de imaginação dirigida).

As medidas de suporte emocional dividem-se em duas de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008) considerou que as intervenções de suporte emocional, o toque e o conforto.

O conforto é uma sensação de tranquilidade física e de bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, da promoção de relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto ao doente.

Independentemente das intervenções utilizadas na relação de ajuda estabelecida pelo doente para maximizar o controlo da dor, através de comportamentos que demonstrem interesse tais como, segurar a mão e o toque.

Desta forma e de acordo com a revisão bibliográfica o recurso à aplicação de técnicas não farmacológicas no âmbito das intervenções autónomas dos enfermeiros pode ser bastante útil na gestão da dor, contudo é necessário investir mais nesta área.

## **5- INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DA DOR**

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do doente, daí desempenhar um papel importante no alívio ou controlo da dor.

A Ordem dos Enfermeiros (2008), evidencia que o enfermeiro tem uma posição importante para promover e intervir no controlo da dor. As intervenções de enfermagem junto à pessoa com dor devem incluir avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem documentadas.

O enfermeiro ao cuidar não se pode esquecer que cada indivíduo é único culturalmente, tendo as suas experiências, crenças e valores, assim sendo deve-se identificar os seus valores culturais e crenças pessoais e separá-los dos do doente, respeitando as diferenças que ambos trazem para o ambiente de cuidados. As perceções sobre a saúde e a doença são formadas por fatores culturais e em consequência disso todos os indivíduos têm comportamentos distintos em relação aos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2006).

Estes profissionais de saúde devem ter a capacidade de identificar sinais de dor, no entanto surgem dificuldades, uma vez que os doentes e profissionais podem ter conceções diferentes da dor. Alguns sinais pelos quais se identifica a presença de dor são: choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal, contudo a ausência destes sinais não significa que o doente não tenha dor. Por vezes, existe auto controlo da dor nalguns doentes suprimem os sinais de sofrimento, permanecem prostrados e sossegados, devido ao desgaste físico e mental causado pela doença.

A avaliação da dor é realizada através dos seguintes aspetos: determinação da dor, atitudes do doente, identificação de fatores que influenciam a dor e a resposta do doente.

A avaliação e as intervenções do enfermeiro passam por determinados pontos:

- Avaliar o tipo de dor do doente: localização, duração, qualidade e influência nas atividades de vida diária;
- Utilizar uma escala de intensidade da dor, de acordo com as características do doente;

- Obter informação dos medicamentos já utilizados, atuais, a resposta e os efeitos secundários. Correlacionar a dor e a sua intensidade ao analgésico prescrito;
- Utilizar medidas alternativas para o alívio da dor, ex: relaxamento;
- Transmitir a sensação que a dor do doente é compreendida e que pode ser controlada;
- Promover o conforto físico através de camas, protetores de colchões, almofadas e outros materiais que proporcionam conforto ao paciente;
- Estar recetivo acerca dos pedidos religiosos que o paciente possa pedir;
- Entusiasmar o paciente para as medidas que contribuem à terapia ocupacional;
- Sugerir conjugações de medicamentos opióides e não opióides;
- Sempre que possível usar a via oral para a medicação, evitando a via IM;
- É indispensável existir uma equipa multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social, enfermeiros, médicos, nutricionistas. (DGS, 2003).

Ao cuidar do doente com dor, o enfermeiro deve desenvolver esforços para ir de encontro às suas necessidades, pelo que uma boa relação enfermeiro/doente/família é um aspeto fundamental da sua atuação. Na interação com o doente é importante que esteja presente uma verdadeira relação de ajuda. Queirós (1999), refere que a relação de ajuda, “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o caráter de respeito de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa”. Numa relação de ajuda o enfermeiro e o doente devem se respeitar mutuamente.

Deve ser da preocupação do enfermeiro mostrar tranquilidade ao doente e mostrar disponibilidade, transmitindo-lhe que a sua dor é compreendida e que tudo fará para lhe proporcionar o seu alívio. É função do enfermeiro, quando cuida do doente, acreditar nas suas queixas. O objetivo máximo da intervenção de enfermagem, será proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida, de forma mais independente possível.

O tratamento da dor passa por uma abordagem farmacológica e não farmacológica (Pimenta e Ferreira, 2006).

A administração de terapêutica tem como objetivo proporcionar alívio da dor. É da competência do enfermeiro cumprir, ou fazer cumprir com regularidade a sua prescrição, para que esta produza o maior efeito. É importante que o enfermeiro



explique à família e ao doente a ação dos medicamentos, a dosagem, o horário da administração e possíveis efeitos secundários.

É ainda da responsabilidade do enfermeiro colaborar com o médico, aquando a realização de medidas farmacológicas invasivas, nomeadamente na realização de bloqueios nervosos.

Desta forma, o enfermeiro deve ter em consideração os princípios, que norteiam o uso de analgésicos, que segundo Twycross (2003) são os seguintes:

**Boca** – A via oral deve ser sempre privilegiada, devendo apenas ser considerada outra via, se o doente não for capaz de engolir, ou se sentir uma dor intensa, que requeira uma ação muito rápida;

**Relógio** – A dor persistente exige uma terapia preventiva, pelo que os analgésicos devem obedecer a um regime regular, com prescrição a horas fixa. O SOS, ou dose resgate, só deve ser administrado em episódios de dor intensa, que surjam, apesar das doses regulares;

**Escada** – O tratamento da dor deve ser efetuado de acordo com a escala analgésica da OMS, que classifica os fármacos analgésicos em três degraus, em que o primeiro contém os analgésicos não opióides, no segundo degrau os opióides fracos, podendo-se administrar também adjuvantes caso necessário e no terceiro degrau estão os opióides fortes.

**Tratamento individualizado** – A dose correta é aquela que controla a dor, se considera necessária, devendo as doses ser tituladas em escala de forma a se obter o controlo da dor, ou os efeitos secundários não permitirem.

**Uso de Adjuvantes** – Como complemento da escala analgésica, os adjuvantes incluem outros fármacos, que permitem o alívio da dor em situações específicas, tais como os ansiolíticos.

Neste contexto é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos, que lhe permitam administrar os fármacos, nas dosagens corretas e de forma adequada, respeitando os princípios da escala analgésica da OMS.

Além destas medidas farmacológicas existem um conjunto de medidas não invasivas que o enfermeiro pode utilizar como forma de aliviar a dor do doente.

Estas intervenções não-farmacológicas no âmbito do controlo da dor compreendem um conjunto de medidas físicas, educacionais, emocionais, comportamentais e espirituais, sendo estas medidas de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser algumas ensinadas ao doente e aos seus cuidadores, estimulando o autocuidado, porém cabe ao enfermeiro a escolha de intervenções que melhor se adequam as necessidades do paciente.

**CAPÍTULO 2**  
**PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste capítulo pretendemos dar a conhecer o percurso metodológico que se manifestou neste estudo, desde a problemática e objetivos, tipo de estudo, o contexto e os participantes, bem como as estratégias de recolha de dados, o procedimento de análise dos mesmos e as considerações éticas.

## 1- DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo surge da convecção de que, através da investigação, podemos encontrar novas respostas aos problemas já existentes ou que foram emergindo da nossa experiência profissional e contribuir deste modo para a melhoria das práticas de cuidar em enfermagem.

Tomando como ponto de partida a nossa experiência profissional (estágio) em contexto de cuidados paliativos, bem como a importância de existir mais investigação nesta área de intervenção consideramos pertinente estudar a perspectiva dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor no doente paliativo.

A dor é um fenómeno subjetivo e complexo e como tal tornou-se um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente na sua gestão e controlo, uma vez, que a dor pode ter várias dimensões: física, psicológica, social, cultural e espiritual.

O controlo da dor deve ser considerado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e é indispensável para a sua humanização. A Ordem dos Enfermeiros considera que, *o interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados. (...) São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada todos os intervenientes - doentes, profissionais e instituições (2008, p.11).*

Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) confirma “a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.”

Devido à nossa experiência prática achamos que seria pertinente conhecer como os enfermeiros gerem a dor num doente paliativo, conhecendo as práticas e os saberes que possuem.

Neste contexto surgiu a questão de investigação: “Quais os saberes e as práticas dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor no doente paliativo?”. O estudo tem como objetivo geral: **Compreender os saberes e práticas dos enfermeiros na gestão da dor da pessoa em cuidados paliativos** e como objetivos específicos preconizamos:

- Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor da pessoa em cuidados paliativos;
- Identificar quais os aspetos que os enfermeiros valorizam na gestão da dor da pessoa em cuidados paliativos;
- Identificar os fatores facilitadores/dificultadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor da pessoa em cuidados paliativos;
- Perceber os conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor em cuidados paliativos.

Face à temática e aos objetivos formulados deste estudo, delineamos o nosso percurso metodológico que passaremos a apresentar.

## 2- TIPO DE ESTUDO

Dado a problemática em estudo, os objetivos que pretendemos atingir e a finalidade do estudo dirigimos a pesquisa para um paradigma qualitativo, uma vez, que este privilegia “o controlo direto do investigador com a situação e o contexto socioprofissional em que operam e interagem os atores” (Costa, 2002, p.123).

Segundo Fortin (2009), “os estudos qualitativos têm como objetivos principais descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar a profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significação a esta mesma experiência”.

A investigação qualitativa de acordo com Bogdan e Biklen (1994), tem algumas características que a definem, embora nem todos os estudos as exibem na íntegra e que são os seguintes: a fonte de recolha de dados é o contexto natural, em que o investigador é o seu instrumento fundamental.

O tipo de estudo subjacente neste trabalho é o estudo descritivo-exploratório “(...) o estudo descritivo fornece informação sobre as características das pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos (...)” serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população (Fortin, 2009).

Descritivo: Porque se pretende descrever as experiências vividas e a sua compreensão pelos sujeitos. Segundo Fortin (2003) um estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra desta. E segundo Plit e Hungter estes estudos adequam-se a situações em que existe pouco conhecimento sobre um grupo de pessoas, instituições ou algum fenómeno social, que exigem que se faça uma análise da realidade. O que vem de encontro com a opinião de Formarier, para o qual não vale a pena descrever se não se conseguir dar sentido aos dados colhidos.

### **3- CONTEXTO E PARTICIPANTES**

Para uma melhor visualização do contexto em que realizamos o estudo tornou-se pertinente efetuar a caracterização do serviço e dos participantes na pesquisa.

#### **3.1 - O CONTEXTO**

A Wecare visa assegurar um conjunto de cuidados de saúde e ou apoio social, respondendo às necessidades da população, minimizar o sofrimento humano e obter verdadeiros ganhos de saúde através da prestação de cuidados de elevado nível de qualidade e humanização são alguns objetivos da unidade.

A Wecare é uma unidade de rede de cuidados continuados integrados e é constituído por três tipologias:

- 1-** Unidade de Longa duração e manutenção, com 16 quartos com uma lotação de 28 camas.
- 2-** Unidade de Convalescença, com 8 quartos com uma lotação de 14 camas;
- 3-** Unidade de Cuidados Paliativos, com 8 quartos individuais com uma lotação de 8 camas.

Quanto aos recursos humanos, a unidade é constituída por: médicos, enfermeiros, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, terapeuta da fala, nutricionista, auxiliares de ação medica, trabalhadores dos serviços gerais e administrativos.

O espaço físico da unidade é constituído por três pisos, o piso zero é constituído pela cozinha, por gabinetes técnicos e instalações sanitárias. O piso um tem uma sala de convívio, uma secretaria, ginásio, sala de refeições, instalações sanitárias, 16 quartos com Wc e uma sala de tratamento de enfermagem. O piso dois possui instalações sanitárias, 16 quartos com Wc, sala de trabalho de enfermagem, sala de estar, gabinetes de apoio técnico, sala de tratamentos e banho assistido.

No que concerne ao horário das visitas, estas são diárias e tem lugar no período entre as 9h e as 21h para o cuidados formal e para as restantes visitas entre as 12h e as 20h. Contudo o horário dos cuidados paliativos é permanente podendo estar o acompanhante durante 24horas.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o método de cuidados em equipa, em que existe um enfermeiro que supervisiona os cuidados prestados durante aquele turno, sendo o supervisor rotativo em cada turno.

### 3.2 - OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, 2003)

A população ou participantes define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que possuem características em comum.

A seleção dos participantes em estudo, tendo em conta a problemática do estudo, os objetivos e a finalidade, foi a totalidade de enfermeiros a exercer funções na Unidade de cuidados paliativos. Os participantes na sua totalidade foram onze enfermeiros. Como forma de caracterizar os participantes, demonstramos as seguintes características: sexo, idade, experiência profissional, tempo na unidade e curso pós graduado.

**Quadro 1** – Características dos participantes no estudo

SEXO	IDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	TEMPO NA UNIDADE	CURSO PÓS GRADUAÇÃO
F	24	1ano	1ano	
M	28	5anos	1ano/meio	
F	24	1ano/meio	1ano/meio	Enfermagem avançada
F	24	2anos	2anos	
F	24	1ano/meio	1ano/meio	
F	25	1ano/meio	1ano/9meses	
F	25	2anos	2anos	
F	26	2anos/meio	1ano/meio	
F	26	4anos	1ano/meio	Enfermagem avançada
M	31	5anos	1ano/meio	Enfermagem avançada
F	43	5anos	1ano/meio	

Como se pode verificar no **Quadro 1**, participaram onze enfermeiros no estudo, sendo a idade mínima de 24 anos e a idade máxima de 43 anos, em que a média de idades é de



27,2 anos. A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, existindo apenas 2 do sexo masculino. Quanto à experiência profissional varia entre 1 ano e 5 anos e o tempo de serviço na unidade encontra-se entre 1 ano e 2 anos. No que se refere aos cursos de pós-graduação apenas três enfermeiros referem ter curso de pós-graduação em enfermagem avançada.

#### 4- ESTRATÉGIA DE COLHEITA DE DADOS

Face à temática, o objetivos do estudo e o tipo de estudo pelo qual optamos consideramos que a estratégia mais adequada seria a entrevista.

A entrevista semi – estruturada, segundo Spradley (1980) é uma das principais técnicas de recolha de dados em investigação qualitativa. Em qualquer situação a entrevista tem sempre como finalidade “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134).

Esta estratégia de recolha de dados é sobretudo utilizada quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes. Esta possibilita ao respondente exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado.

Para Morgan (1998) uma entrevista baseia-se numa conversa intencional, entre duas pessoas ou mais conduzida por uma pessoa com o objetivo de obter dados sobre a outra pessoa.

Esta técnica tem como vantagens uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e carregadas de emoções, bem como uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas.

A entrevista foi estruturada segundo um guião (**Apêndice A**), onde consta numa primeira parte a explicação do estudo em questão, seguida por um conjunto de questões e na parte final o agradecimento pela participação do estudo.

A entrevista foi submetida a um pré-teste antes da aplicação do mesmo como forma de comprovar a viabilidade e a fiabilidade do guião.

O pré teste segundo Fortin (2009), “ é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população-alvo (...)”.

O pré-teste foi aplicado nos primeiros dias do mês de Outubro de 2012, a cinco enfermeiros, onde se verificou a necessidade de acrescentar mais uma questão ao guião de forma a dar resposta aos objetivos pretendidos no estudo.

As entrevistas aos enfermeiros decorreram no período do mês de Novembro de 2012. No sentido de encontrar o melhor espaço e condições para a realização das entrevistas e

em conversa com a enfermeira chefe decidimos que estas deveriam ser efetuadas na sala de reuniões, bem como no turno das 15h às 22h dado que seria o turno com maior disponibilidade por parte dos enfermeiros.

A colaboração dos participantes nas entrevistas foi de extrema importância, estando muito receptivos e motivados com o tema em estudo. Todos participaram no estudo e nenhum deles quis ser excluído.

## 5- PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos serão tratados através da análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo “consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ receção (...) desta mensagem”.

As entrevistas foram transcritas integralmente, tendo cuidado em manter as palavras dos participantes do estudo. Segundo Savoie-Zajc (2003) foi efetuada uma transcrição *verbatim*, ou seja palavra a palavra foi se construindo o *corpus* de análise.

Este estudo trata-se de um estudo qualitativo, pelo que os dados foram analisados e interpretados no decorrer das entrevistas, o que permitiu determinar ou não a necessidade de formular as questões.

O método de análise de conteúdo segundo Bardin (2011) engloba quatro etapas: a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência. A **organização da análise** subdivide-se em três partes de ordem cronológica, sendo que a primeira consiste numa pré-análise, seguida por uma exploração do material e concluiu-se com o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação dos mesmos. A **codificação** diz respeito a uma transformação “ (...) que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação de conteúdo, ou de uma expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto ” (Bardin, 2011, p.129). Deste modo, nesta fase escolhem-se as unidades de registo, as regras de contagem e as categorias. De seguida temos a **categorização** que é a fase mais problemática desta técnica, mas ao mesmo tempo a mais aliciante, permitindo orientar “ (...) gavetas conceituais criadas da revisão de dados, por comparação de uma unidade com relação às unidades que a precederam” ( Sampieri, Collado, & Pilar, 2006, p.407) com os critérios previamente estipulados. A quando a elaboração das categorias foram respeitados os seis princípios de qualidade propostos por Bardin (2011): a exclusão mútua que estipula que cada elemento não pode constar em mais do que uma categoria; a homogeneidade que implica que seja sempre usado o critério de classificação; a pertinência, ou seja a categoria tem de estar adaptada ao material e objetivos do estudo; a objetividade e a fidelidade, ou seja as categorias têm de traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidos da mesma forma por analistas diferentes; e por último temos a produtividade

que oferece a possibilidade dos resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índice de inferências. A quarta fase corresponde à **interferência** em que se procura “... realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo” (Bardin, 2011, p.167) e uma palavra citada apenas uma vez possui a mesma importância que outra citada diversas vezes.

Da análise de conteúdo resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias, que se encontram expressas num quadro bem como as suas respetivas unidades de registo (**Apêndice B**).

## 6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas devem estar sempre presentes como princípios orientadores dos investigadores em qualquer estudo de investigação, uma vez que, os participantes são fontes essenciais de grande informação devendo ser salvaguardados os seus direitos enquanto pessoas e mantido o respeito pelo anonimato.

Desta forma, atenderam-se aos sete princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos baseados no respeito pela dignidade humana, entre outros, que também Fortin (2009) preconiza e são eles: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Inicialmente, fizemos um pedido de autorização à Unidade de Cuidados Paliativos situada na Póvoa do Varzim- Wecare (**Anexo I**) para a realização das entrevistas. Após confirmação positiva do pedido efetuado dirigimo-nos ao Enfermeiro Chefe do serviço, para confirmar a autorização do estudo e tendo como uma primeira abordagem acerca dos enfermeiros disponíveis para colaborar no nosso estudo.

Foram respeitados os direitos dos participantes de modo a ser uma participação voluntária e sem provocar danos na integridade de cada um, como é exigido a qualquer investigação, já que “A investigação levanta sempre o problema da responsabilidade do investigador a respeito pela proteção dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p.186).

Ainda foi elaborado o termo de consentimento informado (Apêndice C) de forma a que todos os participantes tivessem acesso a “ (...) toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que correspondeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin, 2009, p. 186). Ainda esclarecemos a todos os participantes, que tinham o direito de não aceitar ou de desistir da investigação a qualquer momento sem que houvesse algum prejuízo para este.

Durante a realização das entrevistas solicitou-se a autorização para o uso de um gravador como recurso com consentimento prévio dos participantes, que será destruído assim que o estudo esteja concluído. Também as entrevistas foram codificadas de forma a manter o anonimato (E1 a E11).

## **CAPÍTULO 3**

### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Apresentado o percurso metodológico, neste capítulo pretendemos apresentar e analisar os dados obtidos.

Após a análise das entrevistas surgiram cinco temáticas: conceito de dor; as intervenções dos enfermeiros na gestão da dor; fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor; fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros e conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor.

Para uma melhor compreensão e perspetiva da globalidade dos dados obtidos, a apresentação percorrerá todas as áreas temáticas na sequência expressa no quadro 2, onde também constam as respetivas categorias e subcategorias.

**Quadro 2** – A gestão da dor em cuidados paliativos: temáticas, categorias, subcategorias e unidades de Registo

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Conceito de Dor	Dor 5º Sinal vital		2
	Subjetivo		4
	Complexo		3
	Multidimensional		1
	Sensação de desconforto		3
Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor	A nível da avaliação da dor	Escala de avaliação da dor	11
		Parâmetros comportamentais	11
		Parâmetros fisiológicos	3
		Valorização das queixas	11
	A nível do controlo da dor	Medidas farmacológicas	8
		Medidas não farmacológicas	9
Fatores facilitadores na intervenção dos enfermeiros	Relacionado com os recursos do serviço	Físicos	4
		Humanos	1
	Relacionada com o doente	Adesão à terapêutica	4
		Aceitação da doença	3
		Estado de consciência do doente	1
	Relacionado com o conhecimento dos enfermeiros sobre o doente		2
Fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros	Relacionado com o envolvimento da família		1
	Relacionado com o doente	Desconhecimento da doença por parte do doente	1
		Não adesão à terapêutica	6
		Não-aceitação da doença	2
		Falta de colaboração/ comunicação por parte do doente	2
	Disponibilidade do enfermeiro		3
Conhecimentos dos Enfermeiros no âmbito da gestão da dor	Formação inicial		6
	Formação contínua		6

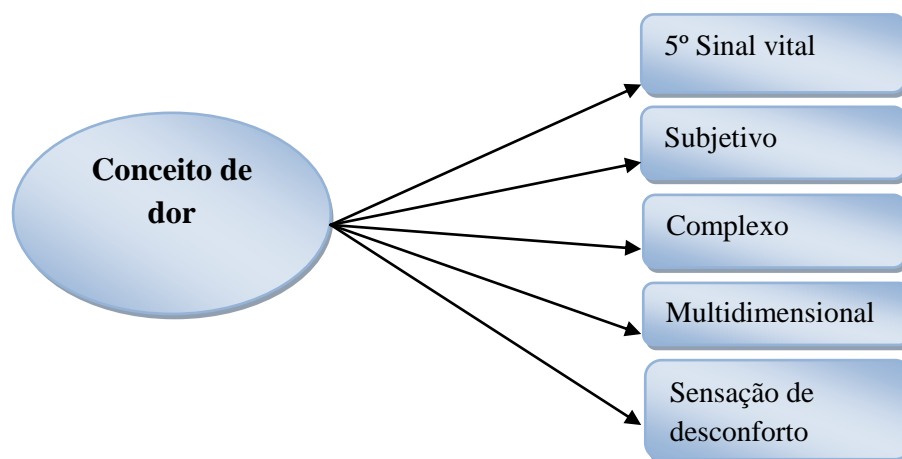


## 1- Conceito de dor

Quando questionados sobre o conceito de dor notou-se alguma dificuldade por parte dos participantes em atribuir significados. Segundo Scarry (1985), coexiste uma resistência à linguagem de dor e na dificuldade em falar acerca dela.

Dos discursos emergiu um conjunto de significados desde a subjetividade, a complexidade, a multidimensionalidade, a sensação de desconforto e a dor como 5º sinal vital (Figura 6).

**Figura 6** – Conceito de dor: Categorias



A dor como algo **subjetivo**, **complexo** e que produz uma **sensação de desconforto** foram os significados mais atribuídos por 4 e 3 participantes respetivamente.

O significado de **subjetividade** foi exposto da seguinte forma:

*“O que o doente verbaliza como dor podendo ser um desconforto... depende das vivências de cada um” (E11).*

*“... É algo intrínseco, é um sentimento que acaba por ser um estímulo, podendo ser generalizada ou não, podendo ser tão grande como o “eu” da pessoa” (E3).*

*“ É muito complicado definir dor, uma vez que dor para mim pode não ser dor para o paciente” (E1)*

*“ ...Não sei como definir dor, é muito complicado ” (E3)*

Um entrevistado expressa que a dor é um **5º sinal vital** e como tal atribuiu-lhe a importância do seu controlo e avaliação como qualquer outro sinal vital, como se pode ver nos seguintes relatos:

*“A dor é como tem vindo a ser à algum tempo caracterizada como 5º sinal vital, e é responsável pelo bem estar do doente ”.(E2)*

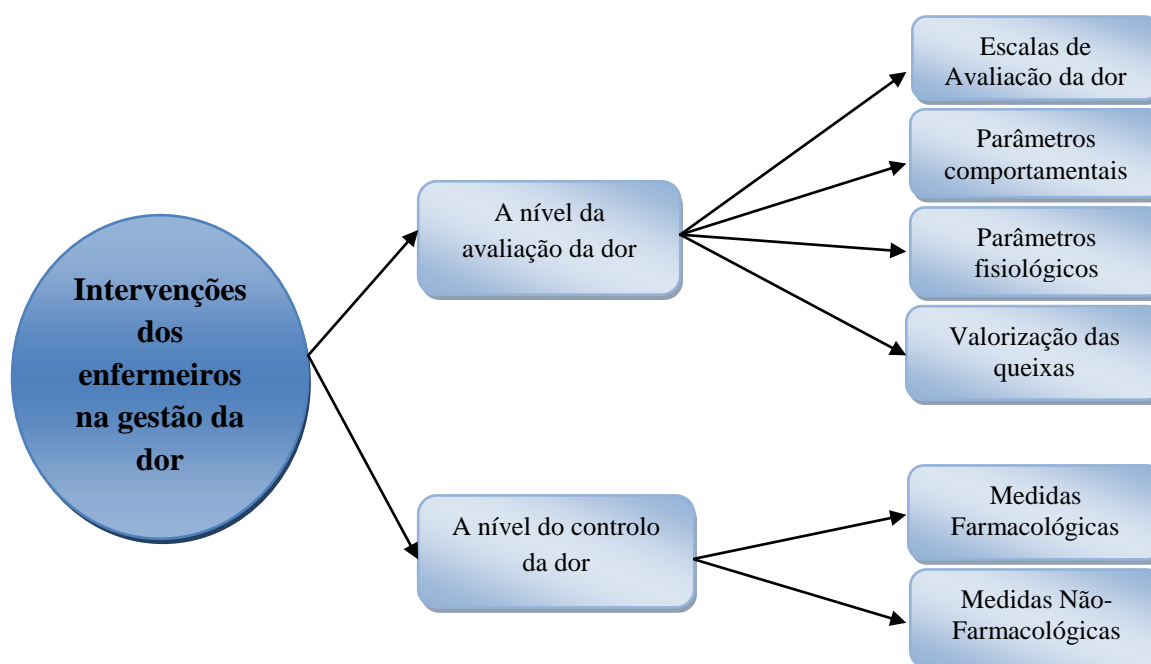
*“ A dor é um pouco desvalorizada pelos profissionais de saúde como sendo um sinal vital” (E1).*

A dor faz parte do quotidiano dos enfermeiros e a sua contextualização é indissociável das experiências pessoais e profissionais porém ainda é um conceito que é de difícil conceituação.

## 2- Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor

Os discursos dos enfermeiros permitiram identificar um conjunto de intervenções na gestão da dor no doente paliativo que agrupamos nas seguintes categorias – a nível da avaliação da dor e a nível do controlo da dor (**Figura 7**)

**Figura 7** – Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor: Categorias e Subcategorias



A nível da **avaliação da dor** os enfermeiros mencionaram diversas estratégias: as *escalas de avaliação da dor*, observação dos *parâmetros comportamentais* e dos *parâmetros fisiológicos* que o doente apresenta.

O recurso às *escalas* para a avaliação da dor foi o mais expresso pelos participantes (11) como se pode constatar através destes enxertos:

*“Utilizamos a escala de Faces ... facilmente ao olhar para o doente, podemos classificar o grau de dor...” (E1)*

*“Geralmente avalio pela fáceis ou pela sintomatologia que pode estar associada ao desconforto do doente. Utilizamos escalas de fáceis e a escala de Edmonton ” (E2)*

*“... Utilizamos a escala de fáceis a nível do aplicativo e a nível do processo temos a escala numérica, adaptando sempre a cada doente, uma vez que nem todos entendem a escala”(E3)*

*Outra das estratégias referenciadas pelos participantes e também muito utilizada é a observação dos parâmetros comportamentais, bem como os parâmetros fisiológicos nomeadamente a taquicardia, a sudorese e a dispneia, como observamos nas seguintes transcrições:*

*“ ... Embora aqueles que não conseguem verbalizar conseguimos avaliar pelas queixas à mobilização, e pela observação do doente”.(E1)*

*“... Ou vejo através das alterações corporais do fechar da mão, o franzir da testa” (E5)*

*“Observação do doente, vejo mais a parte exterior do doente... o doente tem mesmo que me mostrar que tem dor através da fáceis e das posturas que adquirem como defesa à dor que sentem” (E10)*

*“Através dos parâmetros vitais da frequência cardíaca, do aumento da sudorese, taquicardia...” (E11)*

*“... E pela própria dispneia que o doente possa apresentar...” (E1)*

A *valorização das queixas* foi mencionada por todos os enfermeiros como uma das estratégias utilizadas para avaliar a dor, uma vez, que são os doentes que melhor classificam a dor que sentem e a sua intensidade. Para os entrevistados as queixas do doente é uma das melhores formas de avaliar a dor, como podemos observar nos seguintes enxertos:

*“ Questiono o doente em relação à dor se ele tiver em condições de responder ” (E2)*

*“A comunicação é fundamental no controlo da dor aguda” (E3)*

*“... Muitas das vezes uma boa conversa com eles sobre a família, o que os preocupa é importante para aliviar a dor que sentem ” (E7)*

*“ Os aspetos que valorizo na avaliação da dor são as queixas demonstradas pelos próprios doentes ” (E2)*

*“... Normalmente estando consciente e orientado o doente verbaliza a dor e este considero o aspeto mais importante na avaliação da dor” (E4)*

*“ Se referem dor sempre no mesmo local é importante verificar se o doente está orientado e consciente do que nos está a verbalizar. Acredito sempre no doente quando refere a intensidade da dor ” (E7)*

*“ ... Verbalização do doente ao dizer que tem dor... ” (E9)*

Relativamente ao controlo da dor dos discursos dos enfermeiros emergiram duas estratégias: as medidas farmacológicas e as medidas não-farmacológicas.

As **medidas farmacológicas** foram as mais expressas, sendo consideradas pelos participantes a primeira medida a ser utilizada para o controlo da dor, a mais eficaz e a melhor aceite pelo doente. Podemos verificar esta perspetiva através dos seguintes relatos:

*“Nós aqui, usamos a terapêutica que vai desde a morfina, os MSD e temos pensos transdérmicos e os transtec e os Severdois, depende do que o médico prescreve. Se eles tiverem a via oral disponível geralmente todos tem severdol em SOS... quase todos fazem o fentanil” (E1);*

*“Essencialmente a medicação como intervenção... Acho que passa pela medicação” (E2);*

*“Neste tipo de doentes a medicação é muito importante, utilizamos geralmente morfina e coisas mais pesadas, mas inicialmente utilizamos a medicação oral ou transdérmica” (E6);*

*“Quase sempre recorremos à medicação porque a dor paliativa é diferente de uma dor de cefaleia, por exemplo. A analgesia é muito importante e eu tento seguir sempre a pirâmide analgésica começando sempre por um não opioide até ao opioide”. (E10);*

*“Em cuidados paliativos normalmente a medicação é uma das intervenções mais eficazes no controlo da dor...” (E11)*

Alguns enfermeiros referem a utilização de medidas não farmacológicas como forma de controlo da dor: posicionamentos, massagens, a própria presença do enfermeiro, a comunicação e o apoio emocional, como se pode observar através das unidades de registo que se seguem:

*“Além destas medidas usamos a medidas não farmacológicas como os posicionamentos, aconselhar qual a posição mais confortável para aliviar a dor...” (E1)*

*“O posicionar do doente, a gestão do stress naquele momento de dor, a gestão do próprio ambiente para que o doente se sinta o mais confortável possível”(E3)*

*“... Depois baseio me na conversa com eles, a própria presença e a medicação quando queremos um efeito mais rápido para o alívio da dor física no doente paliativo” (E3)*

*“... Tentar distrair o doente, perceber qual o tipo de dor que as vezes pode ser uma dor somatizada por eles, por estarem sozinhos. Tende ser uma dor não muito intensa, mas pode aumentar caso não avaliamos bem a dor... Dar afeto, comunicar com eles e conforto”(E11)*

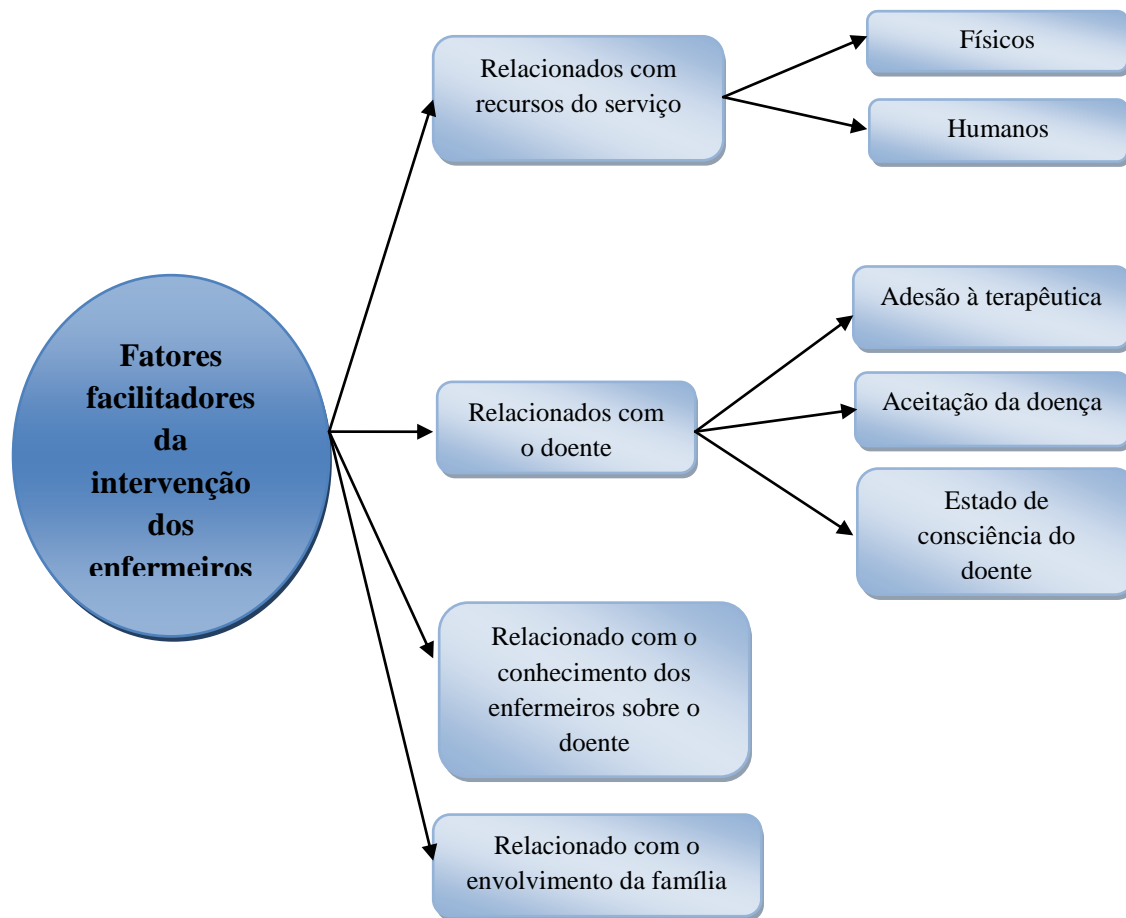
*“ ... A nível não farmacológica temos os posicionamentos” (E9)*

*“... Podemos usar também a massagem...” (E9)*

### **Fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor**

Quando abordados sobre os fatores facilitadores da intervenção na gestão da dor os enfermeiros focaram vários aspetos que integramos em quatro categorias: relacionados com os recursos do serviço, relacionados com o doente, relacionados com o conhecimento dos enfermeiros sobre o doente e relacionados com o envolvimento da família.

**Figura 8** – Fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor : Categorias e Subcategorias



Referente aos fatores **relacionados com os recursos do serviço** emergiram duas subcategorias: *os recursos físicos e os humanos*.

De salientar que alguns participantes consideram que a nível dos recursos do serviço a existência de terapêutica em stock é de extrema importância, uma vez que a administração de SOS são muito frequentes nestes doentes. Também salientam a importância do espaço físico como facilitador na intervenção junto do doente e da sua família.

*“A medicação principalmente ... os pensos transdermicos, acho que são muito eficazes no controlo da dor” (E1)*

*“ Ter analgesia suplementar que nos permita aliviar de forma rápida a dor, caso seja física” (E6)*

*“ ... A própria medicação” (E2)*

*“ Os recursos existentes, o espaço físico contribui na minha opinião para uma melhor gestão da dor...” (E2)*

Outros dos aspetos facilitadores prende-se com **os recursos humanos** existentes na unidade, na medida em que quantos menos doentes existirem por enfermeiro maior a sua disponibilidade e presença junto do mesmo, facilitando assim uma intervenção mais eficaz no que diz respeito ao controlo da dor. Podemos verificar no seguinte enxerto:

*“ ... O próprio tempo que dispomos para intervir e para estar mais presente com o doente para dar-lhe mais atenção e à sua própria família ” (E2)*

A nível dos **fatores relacionados com o doente**, os participantes no estudo apontaram os seguintes aspetos: *a adesão do doente à terapêutica, a aceitação da doença e o estado de consciência do doente.*

*A adesão do doente à terapêutica, bem como a aceitação da doença* são os fatores que os enfermeiros consideram mais facilitadores da sua intervenção no controlo da dor junto do doente, como se pode ver nos seguintes relatos:

*“ Primeiro temos que ter a adesão do doente e temos que ter o trabalho da equipa multidisciplinar ao ponto que o doente comunique com um elemento e todos consigamos resolver para um melhor controlo da dor paliativa ” (E3)*

*“ É o próprio doente aderir à terapêutica, é essencial ” (E4)*

*“ Na minha experiência acho que a adesão à terapêutica e a própria utilização de medidas não farmacológicas ” (E10)*

*“ ... A aceitação da medicação ” (E4)*

*”... Aceitar a doença para podermos trabalhar com ele, para um melhor conforto e gestão da dor” (E4)*

*“ Penso que nos casos do doente não aceitar a doença são situações desgastantes tanto para nós como para eles, é uma situação constrangedora, porque acaba por não haver ligação entre o profissional e o doente ” (E4)*

*“ Facilita o doente saber o diagnóstico; o doente aceitar a doença...” (E11)*

Os participantes referem ainda que o *estado de consciência do doente* é facilitador da sua intervenção junto do doente, como podemos observar neste enxerto:

*“Se eles conseguirem verbalizar é mais fácil intervirmos com a terapêutica e com o diálogo com o doente” (E11)*

Outro dos aspetos facilitadores apontados pelos participantes é o *envolvimento da família* nos cuidados ao doente, bem como o conhecimento do enfermeiro sobre o doente, como é visível nos seguintes relatos:

*“A Família por sua vez também facilita a nossa intervenção junto ao doente, através do diálogo e da empatia” (E10)*

*“Outros aspetos facilitadores são conhecer o doente, acho que quando os doentes chegam à unidade é mais difícil saber como intervir e qual o tipo de dor. Se conhecermos bem o doente e está cá mais tempo é mais fácil intervir, é importante a longevidade do internamento. É importante conhecermos o doente para percebermos qual a medicação que mais se adapta ao doente e à sua dor” (E6)*

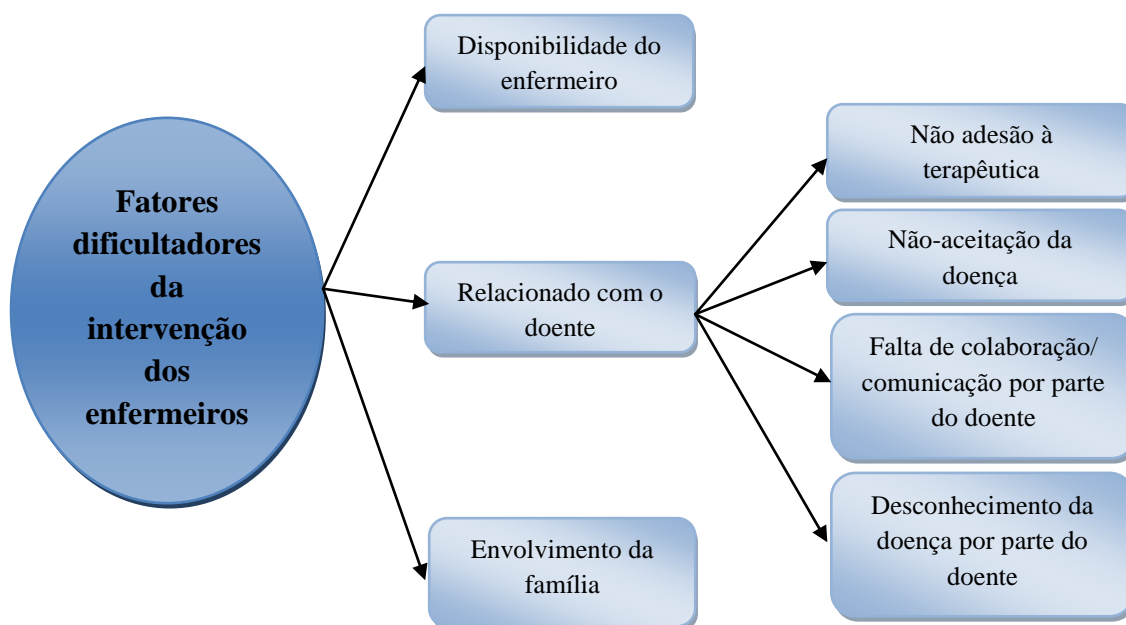
*“A tal equipa multidisciplinar, ter a vontade de ter ao telefone o médico quando necessitamos de ajustar a terapêutica para controlar da melhor forma a dor do doente... ou o fisioterapeuta que nos ajuda no caso de dores musculares, ou a nível ósseo” (E7)*

### **3- Fatores dificultadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor**

Dos discursos dos participantes emergiram um conjunto de fatores dificultadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor e que agrupamos nas seguintes categorias: **relacionadas com o doente, a disponibilidade do enfermeiro e o envolvimento da família.**



**Figura 9-** Fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros na gestão da dor, Categorias e Subcategorias



Relativamente aos aspetos **relacionados com o doente** os participantes mencionaram a *não adesão à terapêutica, a não-aceitação da doença, a falta de colaboração/comunicação por parte do doente e o desconhecimento da doença por parte do doente*. A *não- adesão à terapêutica* é o aspeto mais apontado pelos participantes (6) como dificultador da sua intervenção no controlo da dor no doente paliativo, bem como a não aceitação da doença, como podemos observar nas seguintes transcrições:

*“ O que penso ser mais dificultador no controlo da dor é a adesão ao doente à terapêutica e o seu desinteresse em continuar a viver”(E9)*

*“ Acho que é o doente não colaborar e eles acharem que chegaram ao fim da linha, quando o doente recusa todo o tratamento... muitas das vezes o doente verbaliza que não quer mais medicamentos nem tratamentos e isto dificulta muito a nossa intervenção junto ao doente”(E3)*

*“ O que dificulta a gestão da dor, é o próprio doente não aceitar a sua doença, achar que não vale a pena mais continuar a viver” (E1)*

*“O próprio doente não aceitar a doença ou a própria ocultação da doença por parte dos familiares ao doente, ou o doente exagerar na dor que sente”. (E8)*

*“O não aceitar da medicação também dificulta bastante o controlo da dor e a nossa intervenção”. (E1)*

*“...A resistência à medicação e ao tratamento da doença” (E2)*

*“O próprio doente recusa muitas das vezes a terapêutica o que provoca descontrolo da dor” (E4)*

Outro fator dificultador é o desconhecimento do doente sobre o diagnóstico e consequentemente a falta de colaboração e comunicação por parte do doente, como podemos verificar nestes enxertos:

*“Às vezes quando o doente não tem conhecimento da doença e a Família tem mas não querem que o doente saiba, torna-se difícil intervirmos” (E11)*

*“Os aspetos que dificultem a minha intervenção enquanto enfermeira no controlo da dor penso que seja o próprio doente não conseguir verbalizar a dor e o tipo de dor, quando o doente está mais prostrado é nos difícil avaliar a dor” (E8)*

*“O que dificulta é o tipo de dor, quando a dor é muito intensa ou quando o doente está numa fase em que é difícil de controlar a dor... ou quando é uma dor que se prende com uma dor psicológica e não conseguimos agir porque a família não está ou porque o doente está sozinho ou porque a psicóloga não está naquele momento disponível para falar com o doente” (E6)*

A **disponibilidade do enfermeiro** é outro dos aspetos apontados pelos participantes (3) como dificultador, na medida em que nem sempre conseguem estar o tempo que desejariam com o doente de forma a intervir da melhor forma na avaliação e controlo da dor, como podemos observar através dos seguintes enxertos:

*“A falta de tempo... a sobrecarga que vamos tendo não nos deixa fazer a melhor avaliação e intervenção que podemos dar ao doente”. (E2)*

*“Quando não podemos estar presentes, tanto como gostaríamos com o doente”.(E5)*

O **envolvimento da família** é referido por dois entrevistados como sendo por vezes dificultador da sua intervenção e expressam-se da seguinte forma:

*“A própria família por vezes interfere bastante porque não aceitam o diagnóstico, ajudando para a instabilidade do doente e respetivamente ao descontrolo da dor”.(E2)*

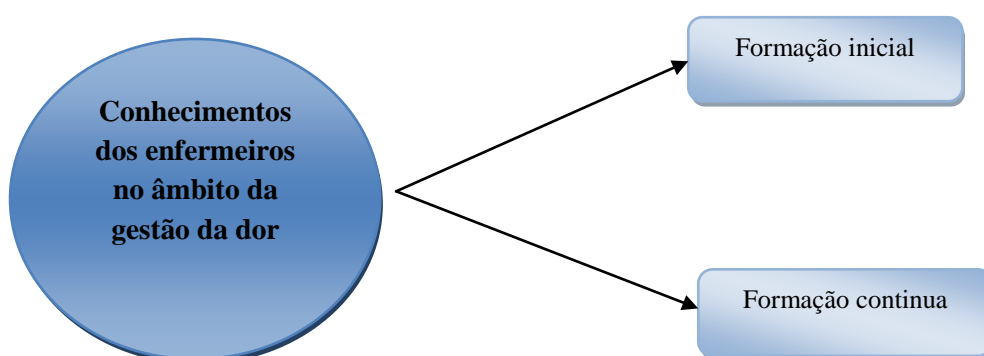
*“ Muitas das vezes, a família é um grande entrave no controlo da dor e na nossa intervenção ... eles acham que por exemplo a morfina é um medicamento que só se dá quando estamos a morrer e muitas das vezes fazem uma grande confusão, porque acham que não estamos a fazer todo o que devemos pelos seus familiares” (E4)*

*“Às vezes as visitas, a família não respeitam o espaço do doente, não percebem que o doente por vezes quer estar sossegado, sem barulho nem perguntas” (E7)*

#### 4- Conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor

Constituiu também um interesse para este estudo perceber os conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor tendo os participantes manifestado necessidade de uma maior investimento nesta área a nível da **formação inicial** e **formação continua** (figura10)

**Figura 10** – Conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor : Categorias



Os entrevistados consideram possuir conhecimentos para intervir na gestão da dor no doente paliativo, contudo focam a necessidade de terem mais **formação inicial** na área da dor e dos cuidados paliativos, já que consideram que é uma área pouco explorada durante a formação e por ser uma área cada vez mais necessária devido ao aumento das doenças evolutivas e incuráveis, como podemos observar nas seguintes transcrições:

*“Deveríamos ter mais formação de base em dor e em cuidados paliativos” (E1)*

*“Considero importante haver mais formação de base na área dos paliativos e da gestão da dor em si” (E2)*

*“... É algo que acho um pouco esquecido pela parte da formação base, talvez fosse importante haver mais formação relativamente à dor e aos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são uma vasta área da nossa intervenção e cada vez mais importantes” (E3)*

*“Existe uma grande lacuna na avaliação da dor e no seu controlo e necessitamos adquirir mais conhecimentos para colmatar os défices que tenho na área dos paliativos. Nunca é demais aprender e adquirir novas informações” (E4)*

*“Deveria haver mais formação na gestão da dor em cuidados paliativos e não desvalorizar a dor e torna-la numa coisa banal. É importante a formação nos cuidados paliativos e no controlo da dor, uma vez que cada vez mais existe o aumento de doenças oncológicas terminais” (E11)*

Os participantes salientam a importância de haver mais **formação contínua** nesta área, nomeadamente formações e iniciativas que possam existir no serviço.

Com o término da apresentação dos dados, no próximo capítulo, vamos proceder à discussão dos resultados, adotando a mesma estratégia deste capítulo, ou seja, será feita de acordo com as áreas temáticas.

## **CAPÍTULO 4**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta fase do estudo, chegou o momento de procurar dar sentido aos resultados encontrados na pesquisa e confrontá-los com os conceitos e ideias de alguns autores.

À semelhança da apresentação, a discussão dos resultados será orientada de acordo com as áreas temáticas.

### **Conceito de dor**

Dos discursos dos participantes foi possível perceber a dificuldade em conceituar a dor, o que vai de encontro a Melzack e Wall (1996) (cit. in Jong et al., 2005) que refere que a dor é um conceito tão complexo, com diversos fatores determinantes, que desafia uma definição.

Os enfermeiros participantes no estudo associaram a dor uma experiência subjetiva, complexa, multidimensional que pode originar uma sensação de desconforto e focaram ainda o fato da dor ser considerada como um 5º sinal vital.

Também Bezerra (2007) no seu estudo conclui que o conceito de dor estava associado a alterações comportamentais, ao sofrimento e a sintomas.

A **subjetividade e a complexidade** da dor foi o mais evidenciado pelos enfermeiros o que vai de encontro com o que diz McCaffery, 1989 (cit.in Coll et al., 2003), dor é “aquilo que a pessoa que experimenta diz que é, e existe sempre que essa diz que existe”. Também Melzack (1999) partilha esta perspetiva, ao definir dor como “uma experiência pessoal e subjetiva que só pode ser sentida pela pessoa que sofre”.

A **multidimensionalidade** da dor surge acompanhada pela subjetividade e complexidade da mesma nas suas várias dimensões. A este propósito, Melzack e Hall (1965), referem que a dor é um fenómeno multidimensional e que depende em grande parte da existência do individuo e da perceção sensorial e emocional do mesmo.

A dor para alguns enfermeiros é considerada uma **sensação de desconforto**, o que vai de encontro com a definição proposta pela ISAP (1979) que define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou ainda descrita nos termos de tal dano.

A dor surge ainda como o **5º sinal vital** e desta forma o seu controlo e avaliação são de extrema importância para a qualidade de vida do doente. De acordo com Sousa (2002) a

Agência Americana de pesquisa e qualidade de saúde pública e a sociedade americana de dor descrevem a dor como 5º sinal vital sugerindo que seja registrado ao mesmo tempo em que se registram os sinais vitais de hábito no ambiente hospitalar.

A dor é um dos sintomas e uma das causas mais frequentes da procura de auxílio médico. A necessidade de dor ser reconhecida como 5º sinal vital foi referida pela primeira vez em 1996 por James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de dor), com o objetivo de elevar a consciencialização dos profissionais de saúde sobre o tratamento da dor.

### **Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor**

A dor é uma experiência quotidiana nas instituições de saúde, de trabalho e domicílio. Mais do que um sintoma a dor é uma doença em si, e o seu controlo e monitorização deve ser objeto da intervenção dos profissionais de saúde (Rigotti, Marcelo, 2005).

Dos resultados destacam-se um conjunto de intervenções que os enfermeiros realizam junto da pessoa com dor e que se direcionam quer para avaliação quer para ao controlo desta.

Os participantes relatam que a nível das estratégias utilizadas para a **avaliação da dor**, a mais comum no serviço é o recurso a escalas de avaliação, nomeadamente a escala de fáceis, a numérica e a de Edmonton. Segundo Fontes e Jaques (2007) podem ser utilizadas várias escalas para mensurar a intensidade da dor do paciente, sendo que cada uma tem as suas vantagens e limitações.

Os participantes consideram que a avaliação da dor é muito importante para poder observar qual a evolução do sintoma. Esta ideia encontra-se reforçada na opinião de James Campbell (1996) quando refere que “se a dor fosse avaliada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma melhor oportunidade de promover o tratamento adequado”.

Efetivamente vários estudos revelam que a avaliação da dor deve ser visível nas instituições de saúde, assim como o seu registo, juntamente com os demais sinais vitais, para garantir uma imediata intervenção e reavaliações subsequentes (Campbell et Al, 1996).

Os resultados obtidos mostram ainda que os enfermeiros recorrem muitas das vezes aos **parâmetros comportamentais** e aos **parâmetros fisiológicos** como forma de avaliar a dor.

Da observação dos parâmetros comportamentais destacam os gemidos, a postura de defesa e a expressão facial são os mais evidentes num doente com dor. Neste contexto Pimenta (1999) refere que as respostas comportamentais de dor agrupam-se em três grupos: a vocalização (choro e gemidos), expressão facial (contratura muscular) e o movimento corporal (postura de proteção).

Outro aspeto que consideram relevante na avaliação da dor é a **valorização das queixas** do doente, que de acordo com Rigotti, Ferreira (2005) a queixa de dor referida pelo doente é o melhor indicador que deve ser avaliado.

A **nível do controlo da dor** os participantes referem que utilizam medidas farmacológicas e medidas não-farmacológicas.

Dos discursos dos participantes verificamos que estes utilizam mais as *medidas farmacológicas* no âmbito do controlo da dor, uma vez que consideram estas medidas as mais eficazes e as mais rápidas.

A importância do uso correto de medidas para alívio da dor é referenciada em vários estudos consultados e nestes verifica-se o uso na maior parte das vezes de analgésicos, no alívio da dor no entanto várias são as atividades referidas como a massagem, a posicionamento, escuta ativa, medidas de distração que podem ser usadas pelos enfermeiros para auxiliar a pessoa com dor (Ferrel e al, 1992).

As **medidas não farmacológicas** mais utilizadas pelos enfermeiros do estudo são os posicionamentos, as massagens, a própria presença do enfermeiro, a comunicação e o apoio emocional.

Para Pulter e Madoreira (2004) o uso de técnicas não farmacológicas podem não contribuir para eliminar a dor, mas contribuem para diminuir o sofrimento por ela causada. O estudo destes autores revelou desconhecimento dos profissionais de enfermagem relativamente às diversas técnicas não-farmacológicas uteis para a prevenção e alívio da dor e que na sua opinião devem integrar as intervenções autónomas de enfermagem.



Os enfermeiros salientam que a junção das medidas farmacológicas e não farmacológicas são importantes no controlo da dor. As medidas farmacológicas para a dor crónica deve ser indicada como complementar dos procedimentos farmacológicos, ou como substituto desses como finalidade de reduzir os riscos causados pelos efeitos adversos dos tratamentos convencionais com medicamentos para a analgesia (Okada, 2006).

Verificou-se durante as entrevistas algum desconhecimento sobre as diversas medidas não farmacológicas, o que vai de encontro ao estudo efetuado por Manworren (2000) no qual identificou falhas nos vários níveis do conhecimento sobre o controlo da dor, nomeadamente nas medidas não farmacológicas.

### **Fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor**

Na opinião dos enfermeiros que participaram no estudo existem vários fatores que facilitam, a sua intervenção junto do doente com dor: os relacionados com os recursos do serviço, os relacionados com o doente, os relacionados com o conhecimento do enfermeiro sobre o doente e o envolvimento da família.

Os fatores relacionados com os **recursos do serviço**, no que diz respeito aos **recursos físicos**, os enfermeiros salientam a importância de existir sempre terapêutica necessária em stock para que possam controlar e evitar picos de dor no doente, bem como o próprio espaço, em que referem a importância de existir condições para poderem intervir da melhor forma junto do doente.

No que diz respeito aos **recursos humanos**, os enfermeiros salientam que em termos de rácio enfermeiro/doente seria favorável, na medida em que quantos menos doentes por enfermeiro existir mais tempo disponível teriam para intervir.

Dos fatores facilitadores centrados no doente emerge, a **aceitação da doença, a adesão à terapêutica e o estado de consciência do doente**.

Os resultados obtidos mostram que os enfermeiros consideram a *aceitação da doença* e a *adesão à terapêutica* fatores mais importantes para intervir positivamente junto do doente na gestão da dor, contudo estes fatores estão condicionados pela reação que o doente tem perante o diagnóstico. O doente perante a exposição da doença pode reagir de diversas formas, através da aceitação, negação, depressão, regressão, raiva entre outras.

Por isso, existindo a aceitação da doença o doente procura manter com a doença uma “convivência razoável” e desta forma possibilita aos enfermeiros intervirem de forma mais ativa e de estabelecerem uma melhor relação terapêutica.

A *adesão do doente à terapêutica* por parte do doente depende de vários fatores que devem ser considerados. A partir destes procurar-se-ão estratégias que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada doente é um ser social único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado, 2009).

O *estado de consciência* do doente é referido como sendo crucial na intervenção dos enfermeiros na gestão da dor, na medida em que estando este consciente e orientado pode comunicar com o enfermeiro de modo a explicar qual é o tipo de dor e a sua intensidade, ou seja, a expressão dificultada do paciente é uma dificuldade para o enfermeiro. Para Carvalho e Kowacs (2006) essa dificuldade existe, pois o relato da intensidade da dor traduzido pelo doente é muito subjetivo, uma vez que varia de acordo com as suas experiências dolorosas anteriores, com o sexo, idade etc. Essa dificuldade apenas nos sugere um conceito aproximado da intensidade da dor no momento, ao invés de defini-la exatamente.

Outro fator que é relevante na intervenção junto do doente é o **conhecimento do enfermeiro sobre o doente**, ou seja, para os entrevistados quanto mais tempo o doente estiver internado maior a aquisição de conhecimentos sobre a dor do mesmo e desta forma permite-lhes estudar quais as melhores intervenções que podem utilizar para o seu controlo.

O **envolvimento da família** é outro fator que facilita a intervenção dos enfermeiros no controlo da dor, já que os enfermeiros referem que muitas das vezes são os próprios familiares a alertarem para o desconforto do doente e também fazem de elo entre os enfermeiros e o doente. Este dado reforça a ideia de que os familiares em especial o familiar cuidador, possuem um papel importante, pois as suas reações contribuirão nas respostas do doente. De acordo com Pereira e Dias (2007), a situação em que o paciente se encontra, de dor, de degenerações físicas e psíquicas, afeta de forma efetiva o familiar que cuida dessa pessoa, gerando sentimentos ambivalentes.

### **Fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros na gestão da dor**

Este estudo permitiu-nos ainda perceber que para além dos fatores facilitadores na intervenção do enfermeiro junto do doente com dor, existem também fatores que dificultam essa mesma intervenção e que se encontram relacionados com o doente - não-aceitação da doença a não adesão à terapêutica, o desconhecimento da doença e a falta de comunicação/ colaboração, a disponibilidade do enfermeiro e o conhecimento destes no âmbito da gestão da dor.

Destes fatores os que mais são evidenciados pelos enfermeiros como constrangedores é a não-aceitação da doença e consequentemente a não adesão a terapêutica. A negação dos doentes à doença faz com que eles não adiram à terapêutica e consequentemente torna-se difícil intervir na gestão da dor. Desde a comunicação do diagnóstico até à tomada de consciência de que o doente sofre da doença, aquele e respetiva família passam por diversas fases, que vão desde a negação à aceitação da doença (Kübler-Ross, 1997).

O *desconhecimento por parte do doente* sobre o seu diagnóstico é outro dos fatores que dificultam a intervenção do enfermeiro, ao qual nós referimos como conspiração do silêncio, bem como o desinteresse por parte da família em colaborar no processo de cuidar. **A família** pode também ser um entrave na intervenção do enfermeiro já que os participantes referem que por vezes a família conhece o diagnóstico mas não o aceita, interferindo muitas das vezes nas ações do enfermeiro junto do doente.

Outro aspeto dificultador é a *falta de colaboração/ comunicação* por parte do doente, os enfermeiros referem que é mais complicado intervirem quando o doente não está orientado, dificultando ao enfermeiro perceber qual é o tipo de dor e a sua intensidade.

A **disponibilidade do enfermeiro** também é apontada como dificultadora. No que diz respeito à disponibilidade, Swanson (1991) considera que a “disponibilidade” apresenta um elevado significado para a relação terapêutica, no sentido que traduz que estamos ali para o doente e pode ser transmitido ao nível verbal e não-verbal. Mesmo quando o enfermeiro não tem tempo deverá manifestar o seu interesse pelas necessidades do doente, dizendo-lhe que voltará logo que possa.

Foi interessante verificar neste estudo que os participantes são muito jovens e com pouco tempo de serviço, porém nenhum dos participantes apontou durante as entrevistas

a pouca experiência como um aspeto dificultador da sua intervenção junto do doente com dor, o que vai de encontro com a opinião de Wilson (2006) que no seu estudo sobre “ As interferências dos enfermeiros sobre a dor” confirmou que a informação que os enfermeiros possuem sobre a dor não parece estar relacionada com a sua experiência em termos de tempo profissional.

### **Conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor**

Foi nossa intenção também perceber quais os conhecimentos que os enfermeiros possuem no âmbito da gestão da dor.

Podemos concluir através dos resultados obtidos que todos os participantes consideram ter conhecimentos suficientes para intervir na gestão da dor, contudo demonstraram necessidade de ter mais **formação inicial e formação continua** tanto no que se refere ao conceito de dor, como na área dos cuidados paliativos. De acordo com Portela (2006) tem vindo a esboçar-se entre nós alguma preocupação no ensino pré-graduada na problemática da dor, de forma a permitir que os futuros profissionais possam ter uma formação na área.

A formação académica dos enfermeiros é muito abrangente, são abordados conteúdos que servem de base na organização de disciplinas específicas que pretendem preparar o profissional para os cuidados a indivíduos nas diversas fases do ciclo vital. Contudo, num estudo realizado por Simone (2011) sobre “a formação académica dos enfermeiros quanto à perceção da dor” constatou que a formação dos futuros profissionais de saúde apresenta limitações que podem contribuir para o sofrimento desnecessário e diminuição da qualidade de vida dos pacientes com dor.

Brydon e Asbury (1996) no seu estudo sobre conhecimentos e atitudes de 120 enfermeiros no manejo da dor, verificou-se que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre a dor e analgesia.

Os resultados da nossa pesquisa demonstraram que existe uma carência de conhecimentos e preparação por parte dos enfermeiros no controlo e avaliação da dor, o que corrobora a opinião de Pimenta, Koizumi e Teixeira (1997) quando refere que há uma grande carência de conhecimento e preparo por parte dos profissionais de saúde em relação à avaliação, mensuração e farmacologia da dor.

Sendo que esta carência de conhecimento constitui um desafio para o cuidar em enfermagem, uma formação constante e atualizada é muito importante para os profissionais de saúde. Pedroso e Celich (2006) afirmam que este fato constitui-se num desafio para o cuidar em enfermagem, sendo a prática educativa fundamental para o aperfeiçoamento da equipa de enfermagem.

Neste contexto, seria importante propor a equipa orientações continuas quanto à existência da norma, que institui a dor como 5º sinal vital e estimulada a introduzir a temática na prática profissional, de forma a prestar um cuidado qualificado ao utente com dor, oportunizando um cuidado mais humanizado.

Durante o estudo emergiu uma questão sobre a importância de uma equipa multidisciplinar em cuidados paliativos. Para todos os participantes (7) a existência de uma equipa multidisciplinar em cuidados paliativos é essencial para que exista uma melhoria de cuidados.

Uma equipa multidisciplinar em cuidados paliativos podem variar “ uma equipa considerada básica integra um médico, 2 enfermeiros e uma assistente social” (Neto, 2000).

Mas para abranger todas as dimensões da pessoa, a equipa terá obrigatoriamente de dispor, para além dos profissionais mencionados, de um psicólogo, pessoal auxiliar e administrativo (Marques et al., 2000).

Outros técnicos são desejáveis como fisioterapeuta, um assistente espiritual ou religioso e voluntários (Neto, 2004).

Perante o discurso dos enfermeiros é visível a importância do trabalho em equipa no âmbito da gestão da dor no doente paliativo, uma vez que todos à sua maneira contribuem para o alívio da dor no doente e para uma melhoria de cuidados prestados. Referem que na unidade em que estão inseridos existem todos os profissionais desejáveis para uma melhor prestação de cuidados e que todos são responsáveis pelo controlo e gestão da dor no doente paliativo.

Num estudo realizado por Emília Fradique (2010) sobre a “ Efetividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos” é focada a intervenção de uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos visando sempre uma abordagem holística, tendo em conta todos os aspetos do impacto da doença oncológica nas suas vertentes

biopsicossocial, permitiu-nos alcançar uma melhoria na qualidade de cuidados ao doente.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões sobre o estudo realizado, que segundo Marconi e Lakatos (2003, p.71) constituiu-se uma “ síntese comentadas das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, explicitados com precisão e clareza”. Também apresentaremos face aos resultados obtidos um conjunto de sugestões no âmbito dos cuidados/ organização e dinâmica do serviço, de formação e da investigação.

Os aspetos abordados no primeiro capítulo desta dissertação, frisaram a problemática que envolve os saberes e as práticas dos enfermeiros na gestão da dor no doente paliativo, de forma a compreender quais as perspetivas dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor paliativa.

A dor é considerada um importante problema de saúde pública que tradicionalmente era desvalorizada e até negligenciada pela nossa sociedade. Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes da sociedade geral e dos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários sem exceção.

A dor é uma experiência subjetiva e multifatorial, sendo o sintoma mais temido pelo doente e pela família, pela que a sua valorização, avaliação e tratamento são aspetos fundamentais. O alívio da dor é um direito do doente, constituindo um aspeto essencial na satisfação das necessidades fundamentais de qualquer ser humano.

Face aos objetivos previamente propostos para este estudo de investigação e aos resultados obtidos surgiram algumas conclusões que passamos a apresentar.

**Foi visível alguma dificuldade em conceituar a dor em cuidados paliativos nos participantes. Consideram que a dor é uma experiência subjetiva, complexa, multidimensional e que pode produzir uma sensação de desconforto. Salientam que a dor é o 5º sinal vital.**

Podemos verificar que o conceito de dor ainda é um conceito um pouco “esquecido” e isto leva-nos a refletir na importância de investir nesta área de cuidados.

Na prática seria importante implementar ações de sensibilização e formação nos serviços sobre a dor, de forma a reforçar os conhecimentos sobre a avaliação, tratamento, as medidas a serem aplicadas na gestão da dor em cuidados paliativos.



**Os participantes expressam as várias intervenções que mobilizam para avaliar e controlar a dor, nomeadamente o uso de escalas de avaliação da dor, os parâmetros comportamentais, os parâmetros fisiológicos, a valorização das queixas e no controlo da dor o uso das medidas farmacológicas e não farmacológicas.**

Apesar de todas estas estratégias para avaliação e controlo da dor, os enfermeiros salientam a utilização de escalas na avaliação e no controlo da dor e o uso das medidas farmacológicas que consideram ser as mais rápidas e eficazes.

**Os fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor encontram-se centrados no doente - a aceitação da doença, a adesão a terapêutica e o estado de consciência do doente- nos recursos físico e humanos, no envolvimento da família e no conhecimento do enfermeiro sobre o doente.**

No conjunto destes fatores a maioria dos enfermeiros consideram que o fator mais facilitador é a adesão do doente à terapêutica e consequentemente a aceitação da doença. Porém a família como vimos é crucial no planeamento dos cuidados ao doente paliativo.

**No que concerne aos fatores dificultadores os enfermeiros referem aspetos centrados no doente, como a não- aceitação da doença a não adesão à terapêutica, seguido do desconhecimento do doente sobre o seu próprio diagnóstico e a falta de colaboração/ comunicação e fatores relacionados com a disponibilidade do enfermeiro e a família.**

Perante todos estes fatores dificultadores a maioria dos enfermeiros na sua opinião consideram que o fator mais constrangedor na sua intervenção é a não-aceitação da doença por parte do doente, o que leva consequentemente à não adesão da terapêutica.

Contudo, apesar de ser uma equipa muito jovem e com pouco tempo de serviço nenhum dos enfermeiros considerou este aspeto como dificultador da sua intervenção junto do doente.

**Verifica-se um défice de conhecimentos por parte dos enfermeiros no que se refere à dor e à área dos cuidados paliativos.**

É de salientar que todos os enfermeiros consideram possuir conhecimentos suficientes para intervirem junto do doente com dor, contudo apresentam necessidade de ter mais formação inicial e continua na área da dor e na área dos cuidados paliativos.

Após ter realçado as principais conclusões do estudo, consideramos que a qualidade dos cuidados prestados ao doente paliativo deve englobar uma equipa multidisciplinar, de forma a existir uma abordagem total do doente.

Contudo e tendo em conta que o enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente e tendo este um papel privilegiado, cabe ao enfermeiro estar sempre atento e desenvolver intervenções que contribuem para diminuir a dor nos doentes paliativos e desta forma dar-lhes mais qualidade de vida.

Face a estas conclusões torna-se importante adotar um conjunto de atitudes e comportamentos que permitem melhorar a intervenção dos enfermeiros junto do doente com dor.

Neste sentido, propomos a nível da organização dos cuidados/ dinâmica do serviço a implementação de ações de sensibilização e formação nos serviços sobre a dor, de forma a reforçar os conhecimentos sobre a avaliação, tratamento, e as medidas a serem aplicadas na gestão da dor em cuidados paliativos.

Também seria vantajoso estipular no serviço a avaliação da dor uma vez por turno e sempre que for necessário, com recurso a escalas validadas, bem como melhorar a comunicação entre a equipa de profissionais de saúde para um melhor desempenho de todos na gestão da dor paliativa. Sugerimos ainda, a implementação de protocolos de atuação, de forma a uniformizar os procedimentos, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados ao doente e sua família para proporcionar o alívio da dor e sofrimento. Seria de extrema importância a existência de recursos materiais suficientes, no que concerne à sua acessibilidade, uma vez, que se torna complicado sem recursos materiais adequados prestar cuidados de qualidade.

No que concerne à investigação seria interessante para futuros trabalhos o envolvimento de mais participantes no estudo como o doente e a família, fazendo com que obtivéssemos outras perspetivas em relação à gestão da dor. Consideramos que a inclusão da observação participativa com a entrevista seria interessante na medida em que nos possibilitaria observar o quotidiano dos enfermeiros junto do doente com dor, possibilitando descrever melhor o mundo de significados e interpretações dos mesmos,

permitindo um conhecimento mais aprofundado, pelo que seria interessante a sua inclusão em futuros estudos.

Este estudo permitiu-nos reunir algumas informações acerca da gestão da dor em cuidados paliativos na perspetiva dos enfermeiros, que na nossa perspetiva podem contribuir para uma melhor intervenção junto do doente com dor, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados a doentes paliativos.

Consideramos que este estudo, apesar das suas limitações, é um contributo importante para a unidade de cuidados paliativos onde se desenvolveu, uma vez que ajudou os enfermeiros a refletirem acerca da temática e a identificar algumas necessidades que podem ser futuramente colmatadas no sentido da melhoria de cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.
- Abivén, Maurice (2001). *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Agualusa, Luís (2006). *Anti-inflamatórios não esteróides, a sua utilização na oncologia; Cadernos de Anestesia e Terapêutica da Dor*. Editado por Duarte Correia: Clube de Anestesia Regional, Nº 3.
- Ahya, Patra [et al.] (2000). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos – “Cuidar”: Ética e práticas*. Loures: Lusociência.
- Alves, Sandra (et.al) (2004). *Cuidados Paliativos*. In: Enfermagem Oncológica. Formasau
- APCP (2006). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Obtido em 22 de Agosto de 2012: <http://www.apcp.com>
- ANPCP (2006). *Organização do Serviço em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANPCP*. Obtido em 15 de Janeiro 2013: [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)
- Ariés, Philippe (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Teorema, pp. 190
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barbosa, António; Neto, Isabel G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª Edição Núcleo de Cuidados Paliativos (Centro de Bioética). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Baron, M.; Fellin, J. (1996). *El Enfermo Terminal – In tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com cancer*, Parte IV. Editorial Médica Panameicana.
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo dos Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bernardo, A.; Rosado, J.; Salazar, H. (2006). Trabalho em Equipa. Em: Barbosa, A.; Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. Ed. Núcleo de Cuidados Paliativos de Encontro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Benner, Patricia (2003). *De Iniciado a Perito: A excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 1ª Edição. Quarteto Editora: Coimbra.
- Bogdan, Robert C.; Biklen, Sari Knopp (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonica, J. (1953). *The Management of Pain Cancer*. J. Michigan State Med Soc. 52
- Campos, RG (1994). Rocking and Pacifiers: Two Comforting Interventions of Heelstick Pain. *Res Nurs Health* 17.
- Campos, M. Celeste A. D. (2007). A Dor uma Visão Antropológica. *Revista de Anestesia. Lisboa.Nº49*
- Cardoso, Marie Alice (1997). *Terapêutica Paliativa*. Lisboa: *Revista Geriátrica*
- Carvalho, Maria Luísa Gonçalves (2005). *Conhecimentos e Atitudes dos médicos em relação ao controlo da dor crónica*. Tese de mestrado da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carvalho, D.S, Kowacs, P.A (2006). Avaliação da intensidade de dor. *Rev. Migranêas Cefaléias Vol.9*, p.164-168.
- Castro, Susana (et.al) (2006). Dor: um fenómeno a refletir, experiência de dor no adulto. *Sinais Vitais, Nº68*.
- Chalifur, Jacques (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial humanista da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, Marie Françoise (1999). *Promover a vida*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Dadidor, Linda L. (2001). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Pearson Education do Brasil.
- Damásio, António (2001). *O Sentimento de Si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Men Martins: Publicações Europa América.
- Deodato, Sandra (2003). *Cuidar o doente com dor: Uma Breve Reflexão – Dor*, Vol. 11.
- Diamond, A.W; Coniam, S.W(1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi, Sociedade médica Psicológica, Lda.

Diamond, A.W.; Coniam, S.W.(1999). *Controlo da dor crónica*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

Dias, Fátima (2007). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Intervenções Não Farmacológicas*. In: Fórum 07 O cidadão e a Enfermagem: coletânea de comunicações do fórum 07 e exposição de saúde e associativismo: Coimbra.

Dias, Henrique Oliveira (2000). Alívio da dor em fase terminal: Dor no doente terminal. In: Neves, Chantal et al. – *Cuidados Paliativos. “Dossier Sinais Vitais 4”*. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda.

DGS (2004). Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular normativa de 13/7

DGS (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor – Divisão das doenças genéticas, crónicas e geriátricas: circular normativa nº9 / DGCG

Elkin, Martha Keene; Perry, Anne Griffin; Potter, Patricia A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.ªed. Loures: Lusociência.

Fortin, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação, da Conceção à Realização*. Faculdade de Ciências de Enfermagem, Universidade de Montreal. Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Flening, Manuela (2003). *Dor sem nome, pensar o sofrimento*. 2ª Edição. Afrontamento Edições: Porto

Franklin, Santana Santos (2011). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio dos Sintomas*. Editora Atheneu – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte.

Freitas, C.C, et al. (2009). Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev. Dor, Vol.10, Nº1*, p. 56-62

Gameiro, M. (1999). *O Sofrimento na Doença: Estudo da estrutura dimensional das experiências subjetivas de sofrimento na doença e relação com as outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente*. Quarteto Editora: Coimbra

Gameiro, Manuel Henriques (1999). *O Sofrimento na Doença*. Quarteto Editora: Coimbra

- Gauthier, Jacques H. M. (et al.) (1998). *Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Guerra, M.A. (2003). *Bioética e Cuidados Paliativos na assistência à saúde*. In: Zoboli, E.L. (Ed.). *Bioética e Saúde Pública*. Formasau: Formação e Saúde Limitada: Coimbra
- Hanks, GW (et.al) (2001). *Morphine and alternative opióides in cancer pain*: Br Journal cancer.
- Internacional Association For Study Pain (1994). *Task Force on Taxonomy, Classification of Chronic pain*. 2ª edição. Seattle, Iasppress.
- Junior, Will; Carvalho, Alipia; Bierhals, Neila (2008). *Manejo da dor pós- operatória: Opióides – Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 19 de Dezembro 2012: <http://www.forumenfermagem.org>
- Karb, Virginia Burke,- Dor. In: Phipps, Wilma J.et al. (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Vol. 1, 2º ed.Lisboa: Lusodidata.
- Kazanowi, Mary, Laccetti, Margaret Saul (2005). *Dor- Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Kazanowsky, Mary; Laccetti, Margaret Saul (2005). *Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio Janeiro. Editora Guanabara Koogan, S.A.
- Kubler, Ross, E (1969). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Martins Fontes.
- Lazure, Helene (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem técnica e prática de um critério de competências do enfermeiro*. Lisboa: Lusodidacta.
- Machado, Maria Gabriela Fernandes (2000). *A Medicina familiar e os cuidados paliativos*. Lisboa: Janssen Cilag Farmacêutica, Lda.
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em Fim de Vida: Experiência durante a formação inicial dos enfermeiros*. Lisboa. Ed. Coisas de Ler.
- Manworren, RCB (2000)- *Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain*. *Pediatric Nursig*. Obtido em 20 de Dezembro 2012 [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log$=activity)
- Marques, Reis, et al. (1991). *Reações Emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra, Edição Psiquiátrica Clínica. S. Ed

Marques, António Lourenço (2003). O dever de aliviar a dor e o acesso aos opióides. In: Marques, António Lourenço; Neto, Isabel Galriça. *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal

McCaffery, M.; Pasero, C. Pain (1999): *Clinical Manual*. St Louis: Mosby

MCCaffery, M.(1990). Nurse`s Knowledge of Opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nursing*. Nº13.

Melzack, Ronald; Wall, Patrick (1987). *Desafio da dor*. Tradução Nestor Rodrigues. Fundação Calouste Gulbenkian.

Metzer, Christiane et al. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Lusociência, Loures.

Metzger , Christine ; Schwetta, Martine ; Walter, Cristine (2002). *Avaliação da dor. Cuidados de Enfermagem e dor: Avaliação da dor- modalidades de tratamento- Psicologia do doente*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde, Decreto-lei 101/2006. Sobre Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Neves, Chantal et al (2000). Cuidados Paliativos. *Sinais Vitais*. Edições Formasau. 1ª Edição, Coimbra.

Neto, Isabel Galriça (2006). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos* – In Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, 1ª Edição Faculdade de Medicina de Lisboa

Odgen, Jane (2000). *Psicologia da Saúde. Manuais Universitários*. Editores Climepsi, 2ª Edição, Lisboa.

Odgen, Jane (2000). *Psicologia da Saúde. Manuais Universitários*. Editores Climepsi, 2ª Edição, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2008) . *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE

Gameiro, Manuel Henriques (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra. Quarteto editora

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática sobre Dor*, série I, número I.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.



OMS (2012). Organização Mundial de Saúde. Obtido em 20 de Novembro 2012  
<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

Pavani , Neusa J. P. ( 2000). Dor no Câncer- Parte I. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancrologia*. Obtido em 20 de Outubro 2012  
<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12indice.asp>.

Pereira, Filomena, Santos; Coelho, Odete Ferreira (2002). Sensibilizar para a dor. *Revista Sinais Vitais*.

Perguiça, Ana Cristina; Sobral, Maria dos Santos (2003). Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. *Servir - Vol.51, Nº1*.

Pessini, Léo (2006). *Bioética e Cuidados Paliativos: alguns desafios do quotidiano e os grandes dilemas*: Brasil. Editora Manole, Lda.

Pimenta, C. A. M.(2003). Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. Mundo saúde.

Portela, José Luís (2006). Novas Fronteiras no Tratamento da Dor e da Anestesia Regional. *Revista Anestesia Regional e Terapia da Dor. Nº 45*

Portela, J. Luís; Neto Isabel G. (1999). *Dor em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer.

Potter, P.; Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem e Procedimentos*. Loures. Lusociência.

Quartilho, Manuel João Rodrigues (2001). *Dor Crónica: Aspectos Psicológicos, Sociais e Culturais I*. Acta Reumatologia Portuguesa. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Vol.26, nº3, p.171-188.

Rafael, Carla Sofia (2005). Contributos da Psicologia em Doentes com Dor Crónica Não Oncológica. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor, Nº 41*. Lisboa.

Resende, Ana Rita [et al.] (2006). Cuidar a pessoa com Dor: Uma abordagem Multidisciplinar. *Revista Portuguesa de Enfermagem, Nº8*. Instituto de Formação em Enfermagem.

Savoie-Zajc, L. (2003). *A Entrevista Semidirigida*. In B. Gauthier, Intervenção Social: da problemática à colheita de dados (pp. 279-301). Loures: Lusociência.

Schnitzer T. (2003). *The new analgesic combination tramadol/ acetaminophen*. Eur J. Anesthesion.

Serrão, D. (1998). Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In: Serrão, D. e Nunes, R. (Ed.). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora, pp. 83-92.

Sousa, Paulino Artur Ferreira (1997). *A morte e o processo de morrer. Enfermagem oncológica*. Ano 1, nº2

Sousa, P. (1996). *A Interação enfermeiro doente em fase final de vida – Uma relação baseada em atitudes de aproximação ou de distanciamento?*. Porto, H.S.J.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Vidal, Antónia Maria Tomás (1993). *Enfermo terminal Revista ROL de Enfermeria*. Ano XVI. Diciembre 1993.

Waldow, V. R. (1999). *O Cuidado Humano: o resgate necessário*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto.

Waldow, V. R. (1998). Examinando o Conhecimento na Enfermagem. In MEYER et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

Wall Patrick. (2007). *Dor a Ciência do Sofrimento*. Âmbar. Porto, Ideias no papel S.A

Watt- Watson, Judith H. (2003). *Dor e controlo da Dor*. 6ª ed. Loures: Lusociência, Vol. I. 2003, p.363-390.



**ANEXOS**

**ANEXO I** – Consentimento da Administração da Instituição em causa



## **APÊNDICE A** – Guião orientador da entrevista

## GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte – ACOLHIMENTO	
OBJETIVO: Informar o Participante	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do investigador;</li><li>• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;</li><li>• Garantir a confidencialidade e anonimato;</li><li>• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.</li></ul>
II Parte – CARATERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	
OBJETIVO: Caraterizar o Participante	<p><b>Idade</b></p> <p><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Superior a 50 anos</p> <p><b>Sexo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><b>Formação académica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Especialidade _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mestrado _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doutoramento em _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outra _____</p> <p><b>Formação na área dos cuidados Paliativos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>Tempo de serviço _____</p> <p>Tempo de serviço na Unidade _____</p>



III Parte – OBJETIVOS / QUESTÕES ORIENTADORAS	
Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor em Cuidados Paliativos.	<p>Face à sua experiência profissional o que pensa sobre o conceito de dor em Cuidados Paliativos?</p> <p>Que estratégias utilizam para a avaliação/monitorização da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?</p> <p>Quais as intervenções que realizam no controlo da dor?</p> <p>Tendo em conta a sua experiência profissional a gestão da dor limita-se aos enfermeiros e médicos ou na sua opinião requer outros profissionais de saúde?</p>
Identificar quais os aspetos que os enfermeiros valorizam na gestão da dor em Cuidados Paliativos.	<p>Quais os aspetos que valorizam na avaliação/monitorização da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?</p> <p>Quais os aspetos que valorizam no alívio/controlo da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?</p>
Identificar os fatores facilitadores/dificultadores da intervenção dos enfermeiros na gestão da dor em Cuidados Paliativos.	<p>Na sua opinião que aspetos facilitam a sua intervenção na gestão da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?</p> <p>Na sua perspetiva, que aspetos dificultam a sua intervenção na gestão da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?</p>
Perceber os conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da gestão da dor em cuidados paliativos.	O que pensa sobre os conhecimentos que possui para intervir na gestão da dor da pessoa em Cuidados Paliativos?

#### **IV Parte – FECHO DA ENTREVISTA**

- ✓ Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo;
- ✓ Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- ✓ Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

## **APÊNDICE B – Análise de Conteúdo**

## **APÊNDICE C** – Termo de Consentimento Informado entregue aos participantes

### **Declaração de Consentimento Informado**

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “ A gestão da dor em Cuidados Paliativos: práticas e saberes dos enfermeiros”, realizado por Liliana Andreia Gomes Marinho, a frequentar o I Curso de Mestrado de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do  
entrevistado: \_\_\_\_\_ -

Assinatura do  
investigador: \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<b>Conceito de dor</b>	Dor 5º Sinal Vital		<p>“A dor é como tem vindo a ser a algum tempo caracterizada como 5º sinal vital, e é responsável pelo bem estar do doente ” (E2)</p> <p>“ A dor é um pouco desvalorizada pelos profissionais de saúde como sinal vital” (E1).</p>
	Subjetividade		<p>“O que o doente verbaliza como dor podendo ser um desconforto... depende das vivências de cada um” (E11).</p> <p>“... É algo intrínseco, é um sentimento que acaba por ser um estímulo, podendo ser generalizada ou não, podendo ser tão grande como o “eu” da pessoa” (E3).</p> <p>“ É muito complicado definir dor, uma vez que dor para mim pode não ser dor para o paciente” (E1)</p> <p>“ ...Não sei como definir dor, é muito complicado ” (E3)</p>
	Complexo		<p>“...Cada um sente-a de forma diferente, sendo muito complexa na sua dimensão”(E8)</p> <p>“ A dor é um conceito muito ambíguo, dor para mim é uma intolerância insuportável que o utente não consegue controlar...” (E10)</p> <p>“ A dor é algo que considero relativo, depende de pessoa para pessoa, é muito complexo e de difícil definição; é algo muito pessoal e individual” (E4)</p>
	Multidimensional		<p>“ Há vários tipos de dor, podendo ser uma dor física, ou uma dor psicológica mas neste tipo de doentes é uma dor geral, pode ser um estado de alma” (E6)</p>
	Sensação de desconforto		<p>“ O que o doente verbaliza como dor podendo ser um desconforto” (E11).</p> <p>“ A dor é um momento de angústia para quem a sente é algo que nos proporciona desconforto...” (E8)</p> <p>“ A dor é uma sensação de mal-estar ... não sei muito bem explicar ...” (E3)</p>
<b>Intervenções dos enfermeiros na gestão da dor</b>	A nível da avaliação da dor	Escalas de avaliação da dor	<p>“Utilizamos a escala de Faces ... facilmente ao olhar para o doente, podemos classificar o grau de dor...” (E1)</p> <p>“Pela fáceis ou pela sintomatologia que pode estar associada ao desconforto do doente. Utilizamos escalas de fáceis e a escala de Edmonton ” (E2)</p> <p>“... Utilizamos a escala de fáceis a nível do aplicativo e a nível do processo temos a escala numérica, adaptando sempre a cada doente, uma vez que nem todos entendem a escala” (E3)</p> <p>“ ...É basicamente as estratégias que utilizo é as escalas”(E6)</p> <p>“... Também, caso ele não seja capaz observo através da escala de fáceis o estado do doente e classifico a dor para o melhor controlo e gestão da dor”.(E4)</p>

			<p>“ Quando não são capazes utilizo as escalas de faces ...” (E5)</p> <p>“ Vejo alívio no doente quando este se encontra mais calmo e sereno, através da fâceis e da própria verbalização do doente”(E10)</p> <p>“ Pela postura do doente, ele não apresentar queixas algicas e gemidos. Aquando do posicionamento verificamos que o doente se sente mais confortável e mais comunicativo” (E9)</p> <p>“ Pela postura do doente, ele não apresentar queixas algicas e gemidos. Aquando do posicionamento verificamos que o doente se sente mais confortável e mais comunicativo” (E8)</p> <p>“Normalmente pela fâceis do doente, pela parte do repouso e da reparação, quando olhamos para o doente e ele está mais calma e tranquilo e quando adormecem; observo se tem um ar mais confortável... se já consegue dialogar e estar de outra forma com os familiares e visitas, são todo indicadores de alívio da dor que considero validos” (E7)</p> <p>“... Outra é pelas fâceis do doente é facilmente identificar e quando estão mais aliviados acabam por adormecer ou querem fazer outras atividades como ir para o cadeirão, ou mesmo ligar a TV, quando têm dor geralmente querem ficar sozinhos e sossegados no cantinho deles” (E6)</p> <p>“ Avaliação constante da dor, para que eles não tenham picos de dor, ou seja, o controlo da dor para que eles nunca sintam dor, é mesmo o controlo constante e avaliação permanente” (E5)</p>
		Parâmetros comportamentais	<p>“ ... Embora aqueles que não conseguem verbalizar conseguimos avaliar pelas queixas à mobilização, e pela observação do doente”.(E1)</p> <p>“ Geralmente as estratégias que eu utilizo para avaliar a dor e sua monitorização no doente paliativo é através da observação do próprio doente ...” (E4)</p> <p>“... Ou vejo através das alterações corporais do fechar da mão, o franzir da testa” (E5)</p> <p>“Observação do doente, vejo mais a parte exterior do doente... o doente tem mesmo que me mostrar que tem dor através da fâceis e das posturas que adquirem como defesa à dor que sentem” (E10)</p> <p>“Avalio através dos gemidos do doente, pela fâceis que o doente apresenta... o fato de eles estarem mais agitados do que o habitual e confusos ... o fato de observar que o doente está desorientado é sinal que o controlo de dor não está a ser eficaz.” (E1)</p> <p>“... Através da fâceis do doente e pela comunicação com os familiares que muitas das vezes nos alertam para o desconforto naquele momento do doente ” (E2)</p> <p>“ O que mais valorizo para a avaliação da dor... é mesmo o olhar do doente, pela observação que faço do doente. Pelos gemidos, pelas expressões faciais” (E4)</p> <p>“ Valorizo todo o que eles dizem e caso eles não comuniquem toda a comunicação não verbal, como o fâceis do doente, gemidos, o apertar das mãos... utilizo as escalas para me ajudarem a quantificar o</p>

			<p>nível de dor para uma melhor gestão da dor” (E5)</p> <p>“ Os fáceis do doente, a expressão. Avaliar o desconforto e o estado físico dele” (E5)</p> <p>“ Avalio através dos gemidos e da agitação por parte do doente” (E8)</p> <p>“Valorizo os fáceis do doente, os gemidos, a postura corporal.” (E9)</p>
		Parâmetros fisiológicos	<p>“Através dos parâmetros vitais da frequência cardíaca, do aumento da sudorese, taquicardia...” (E11)</p> <p>“... E pela própria dispneia que o doente possa apresentar...” (E1)</p> <p>“ ... A coloração da cara muda quando têm dor fica avermelhada” (E9)</p>
		Valorização das queixas	<p>“ Questiono o doente em relação à dor se ele tiver em condições de responder ” (E2)</p> <p>“A comunicação é fundamental no controlo da dor aguda” (E3)</p> <p>“... Muitas das vezes uma boa conversa com eles sobre a família, o que os preocupa é importante para aliviar a dor que sentem” (E7)</p> <p>“ Os aspetos que valorizo na avaliação da dor são as queixas demonstradas pelos próprios doentes” (E2)</p> <p>“... Normalmente estando consciente e orientado o doente verbaliza a dor e este considero o aspeto mais importante na avaliação da dor” (E4)</p> <p>“ Se referem dor sempre no mesmo local é importante verificar se o doente está orientado e consciente do que nos está a verbalizar. Acredito sempre no doente quando refere a intensidade da dor” (E7)</p> <p>“ ... Verbalização do doente ao dizer que tem dor...” (E9)</p> <p>“ Hoje um doente virou-se para mim e disse que estava 35% melhor da dor que estava a sentir após a medicação” (E1)</p> <p>“ As que valorizo no alívio da dor... por exemplo: após a toma da medicação os doentes verbalizam o alívio da dor... essencialmente com a medicação, contudo existem outras abordagens no alívio da dor e o mau estar, como comunicar com o doente por vezes basta para que o doente referencie alívio da dor em ter tomado medicação.... Falta de atenção”.(E2)</p> <p>“No alívio temos que ter o feedback após a gestão de todas as possibilidades que temos, que haja alívio e controlo da dor naquele momento.” (E3)</p> <p>“ Valorizo quando pergunto ao doente após a toma de medicação se sente alívio, geralmente eles dizem sempre que já não tem tantas dores.” (E4)</p> <p>“Muitas vezes pelo que o doente verbaliza, normalmente eles referem-nos o alívio que sentem” (E6)</p>



	A nível do controlo da dor	Medidas farmacológicas	<p>“Nós aqui, usamos a terapêutica que vai desde a morfina, os MSD e temos pensos transdérmicos e os transtec e os Severdois, depende do que o médico prescreve. Se eles tiverem a via oral disponível geralmente todos tem severdol em SOS... quase todos fazem o fentanil” (E1)</p> <p>“Essencialmente a medicação como intervenção... Acho que passa pela medicação” (E2)</p> <p>“Geralmente é a administração da terapêutica a horas fixas, e em SOS caso seja necessário...” (E3)</p> <p>“Aqui no serviço o que utilizamos mais para controlar a dor é mesmo a medicação... a terapêutica em SOS” (E4)</p> <p>“Neste tipo de doentes a medicação é muito importante, utilizamos geralmente morfina e coisas mais pesadas, mas inicialmente utilizamos a medicação oral ou transdermica” (E6)</p> <p>“Quase sempre recorremos à medicação porque a dor paliativa é diferente de uma dor de cefaleia, por exemplo. A analgesia é muito importante e eu tento seguir sempre a pirâmide analgésica começando sempre por um não opioide até ao opioide”.(E10)</p> <p>“Em cuidados paliativos normalmente a medicação é uma das intervenções mais eficazes no controlo da dor...” (E11)</p> <p>“Através da medicação ...” (E9)</p>
		Medidas não-farmacológicas	<p>“Além destas medidas usamos a medidas não farmacológicas como os posicionamentos, aconselhar qual a posição mais confortável para aliviar a dor...” (E1)</p> <p>“O posicionar do doente, a gestão do stress naquele momento de dor, a gestão do próprio ambiente para que o doente se sinta o mais confortável possível”(E3)</p> <p>“Porém também usamos medidas não farmacológicas como os posicionamentos, as mobilizações da cama para o cadeirão para aliviar a dor que o doente sente, muitas das vezes devido às posições viciantes que eles adquirem...” (E4)</p> <p>“Primeiro o bem-estar dele, por vezes pode ser apenas posicional e mudando de posição ficam bem” (E8)</p> <p>“... A nível não farmacológica temos os posicionamentos” (E9)</p> <p>“... Depois baseio me na conversa com eles, a própria presença e a medicação quando queremos um efeito mais rápido para o alívio da dor física no doente paliativo” (E3)</p> <p>“... Tentar distrair o doente, perceber qual o tipo de dor que as vezes pode ser uma dor somatizada por eles, por estarem sozinhos. Tende ser uma dor não muito intensa, mas pode aumentar caso não avaliamos bem a dor... Dar afeto, comunicar com eles e conforto”(E11)</p> <p>“Quando a dor é psicológica utilizamos a nossa psicóloga de serviço para dialogar com eles de forma a</p>

			entender o que eles sentem e mesmo nós comunicamos com eles, porém cá vesse muito a dor física” (E6)
<b>Fatores facilitadores na intervenção dos enfermeiros</b>	Relacionados com os recursos do serviço	Físicos	<p>“A medicação principalmente ... os pensos transdermicos, acho que são muito eficazes no controlo da dor” (E1)</p> <p>“ Ter analgesia suplementar que nos permita aliviar de forma rápida a dor, caso seja física” (E6)</p> <p>“ ... A própria medicação” (E2)</p> <p>“ Os recursos existentes, o espaço físico contribui na minha opinião para uma melhor gestão da dor...” (E2)</p>
		Humanos	“ ... O próprio tempo que dispomos para intervir e para estar mais presente com o doente para dar-lhe mais atenção e à sua própria família” (E2)
	Relacionados com o doente	Adesão à terapêutica	<p>“ Primeiro temos que ter a adesão do doente e temos que ter o trabalho da equipa multidisciplinar ao ponto que o doente comunique com um elemento e todos consigamos resolver para um melhor controlo da dor paliativa” (E3)</p> <p>“ É o próprio doente aderir à terapêutica, é essencial ” (E4)</p> <p>“ Na minha experiência acho que a adesão à terapêutica e a própria utilização de medidas não farmacológicas” (E10)</p> <p>“ ... A aceitação da medicação” (E4)</p>
		Aceitação da doença	<p>”... Aceitar a doença para podermos trabalhar com ele, para um melhor conforto e gestão da dor” (E4)</p> <p>“ Penso que nos casos do doente não aceitar a doença são situações desgastantes tanto para nós como para eles, é uma situação constrangedora, porque acaba por não haver ligação entre o profissional e o doente” (E4)</p> <p>“ Facilita o doente saber o diagnóstico; o doente aceitar a doença...” (E11)</p>
		Estado de consciência do doente	“Se eles conseguirem verbalizar é mais fácil intervirmos com a terapêutica e com o diálogo com o doente” (E11)
	Relacionados com o conhecimento dos enfermeiros sobre o doente		<p>“Outros aspetos facilitadores são conhecer o doente, acho que quando os doentes chegam à unidade é mais difícil saber como intervir e qual o tipo de dor. Se conhecermos bem o doente e está cá mais tempo é mais fácil intervir, é importante a longevidade do internamento. É importante conhecermos o doente para percebermos qual a medicação que mais se adapta ao doente e à sua dor” (E6)</p> <p>“ A tal equipa multidisciplinar, ter a vontade de ter ao telefone o médico quando necessitamos de ajustar a terapêutica para controlar da melhor forma a dor do doente... ou o fisioterapeuta que nos</p>

			ajuda no caso de dores musculares, ou a nível ósseo” (E7)
	Relacionado com o envolvimento da família		“A Família por sua vez também facilita a nossa intervenção junto ao doente, através do diálogo e da empatia” (E10)
<b>Fatores dificultadores na intervenção dos enfermeiros</b>	Relacionado com o doente	Desconhecimento da doença por parte do doente	“Às vezes quando o doente não tem conhecimento da doença e a Família tem mas não querem que o doente saiba, torna-se difícil intervir. A própria Família dificulta no controlo da dor porque às vezes não aceitam a terapêutica que vamos dar ao doente principalmente a morfina, devido aos mitos” (E11)
		Não adesão à terapêutica	<p>“O não aceitar da medicação também dificulta bastante o controlo da dor e a nossa intervenção”. (E1)</p> <p>“...A resistência à medicação e ao tratamento da doença” (E2)</p> <p>“O próprio doente recusa muitas das vezes a terapêutica o que provoca descontrolo da dor” (E4)</p> <p>“ O que penso ser mais dificultador no controlo da dor é a adesão ao doente à terapêutica e o seu desinteresse em continuar a viver”(E9)</p> <p>“ Acho que é o doente não colaborar e eles acharem que chegaram ao fim da linha, quando o doente recusa todo o tratamento... muitas das vezes o doente verbaliza que não quer mais medicamentos nem tratamentos e isto dificulta muito a nossa intervenção junto ao doente”(E3)</p> <p>“Para além disso nas fases finais de vida a medicação subcutânea ou outras vias não têm efeito como pretendemos, considero ser um dos aspetos dificultadores do controlo da dor... ou detetar a dor num grau muito elevado quando não conseguimos controlá-la, quando o doente se queixa de uma dor intensa e é difícil quando o doente não verbaliza a dor, apesar de nós detetarmos pelas fáceis, só não conseguimos detetar o tipo de dor que ele tem” (E6)</p>
		Não-aceitação da doença	<p>“ O que dificulta a gestão da dor, é o próprio doente não aceitar a sua doença, achar que não vale a pena mais continuar a viver” (E1)</p> <p>“O próprio doente não aceitar a doença ou a própria ocultação da doença por parte dos familiares ao doente, ou o doente exagerar na dor que sente”. (E8)</p>
		Falta de colaboração/ comunicação por parte do doente	<p>“Os aspetos que dificultem a minha intervenção enquanto enfermeira no controlo da dor penso que seja o próprio doente não conseguir verbalizar a dor e o tipo de dor, quando o doente está mais prostrado é nos difícil avaliar a dor” (E8)</p> <p>“ O que dificulta é o tipo de dor, quando a dor é muito intensa ou quando o doente está numa fase em que é difícil de controlar a dor... ou quando é uma dor que se prende com uma dor psicológica e não conseguimos agir porque a família não está ou porque o doente está sozinho ou porque a psicóloga não está naquele momento disponível para falar com o doente”(E6)</p>

	Disponibilidade do enfermeiro		<p>“ A falta de tempo... a sobrecarga que vamos tendo não nos deixa fazer a melhor avaliação e intervenção que podemos dar ao doente”. (E2)</p> <p>“Quando não podemos estar presentes, tanto como gostaríamos com o doente”.(E5)</p>
	Envolvimento da família		<p>“ A própria família por vezes interfere bastante porque não aceitam o diagnóstico, ajudando para a instabilidade do doente e respetivamente ao descontrolo da dor”.(E2)</p> <p>“ Muitas das vezes, a família é um grande entrave no controlo da dor e na nossa intervenção ... eles acham que por exemplo a morfina é um medicamento que só se dá quando estamos a morrer e muitas das vezes fazem uma grande confusão, porque acham que não estamos a fazer todo o que devemos pelos seus familiares” (E4)</p> <p>“ Às vezes as visitas, a família não respeitam o espaço do doente, não percebem que o doente por vezes quer estar sossegado, sem barulho nem perguntas” (E7)</p>
<b>Conhecimentos dos Enfermeiros no âmbito da gestão da dor</b>	Formação inicial		<p>“Considero que tenho conhecimentos para intervir na avaliação e na gestão da dor...” (E1)</p> <p>“ Acho que já possuo alguns, embora haja aspetos que desconheço” (E2)</p> <p>“ Acho que ainda tenho um longo caminho a percorrer... considero que possuo conhecimentos para intervir no controlo da dor” (E3)</p> <p>“Considero serem suficientes para a minha intervenção na gestão da dor...” (E4)</p> <p>“ Olhe acho que a nível de conhecimentos para intervir aqui tenho os suficientes, mas temos sempre que fazer melhor e fazer formação contínua” (E6)</p>
	Formação continua		<p>“Deveríamos ter mais formação de base em dor e em cuidados paliativos” (E1)</p> <p>“Considero importante haver mais formação de base na área dos paliativos e da gestão da dor” (E2)</p> <p>“... É algo que acho um pouco esquecido pela parte da formação base, talvez fosse importante haver mais formação relativamente à dor e aos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são uma vasta área da nossa intervenção e cada vez mais importantes” (E3)</p> <p>“Existe uma grande lacuna na avaliação da dor e no seu controlo e necessitamos adquirir mais conhecimentos para colmatar os défices que tenho na área dos paliativos. Nunca é demais aprender e adquirir novas informações” (E4)</p> <p>“... E era bom haver mais formação de base em cuidados paliativos e mesmo sobre o controlo da dor e no próprio serviço seria uma mais valia para a melhoria dos cuidados prestados por nós”(E8)</p> <p>“Deveria haver mais formação na gestão da dor em cuidados paliativos e não desvalorizar a dor e torna-la numa coisa banal. É importante a formação nos cuidados paliativos e no controlo da dor, uma vez que cada mais existe o aumento de doenças oncológicas terminais” (E11)</p>

